



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

50 AÑOS
1970-2020
PLAN
DE SALUD
NEUQUÉN

PROGRAMA

PAMMEI

ANÁLISIS DE MUERTES MATERNAS E INFANTILES

Un instrumento para mejorar la salud de
las madres, los niños y las niñas

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gob.ar



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

50 AÑOS
1970-2020
PLAN
DE SALUD
NEUQUÉN

Dirección Gral. de APS
Dirección de Maternidad e Infancia
Subsecretaría de Salud
Provincia del Neuquén

Revisión Junio 2020

MINISTRO DE SALUD

DRA. ANDREA PEVE

SUBSECRETARÍA DE SALUD

DRA. ANDREA ECHAURI

DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

DR. MATÍAS NEIRA

DIRECCIÓN DE MATERNIDAD E INFANCIA

LIC. CECILIA MAYSLER

HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN

DR. ADRIÁN LAMMEL

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gob.ar



ZONA SANITARIA METROPOLITANA

DRA. ALEJANDRA ESPINOSA

ZONA SANITARIA I

DR. CARLOS FLORINES

ZONA SANITARIA II

DR. CARLOS QUARIN

ZONA SANITARIA III

DRA. GEORGINA TERRANOVA

ZONA SANITARIA IV

DR. NÉSTOR SÁEZ

ZONA SANITARIA V

DR. PABLO GIRAUDO



Introducción y marco normativo legal

La salud de las mujeres, madres, niños, niñas y adolescentes de la Provincia del Neuquén, continúa considerándose una de las prioridades sanitarias. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible conocidos como objetivos mundiales adoptados por todos los estados miembros en el año 2015 proponen como metas, entre otras, en el año 2030 para el objetivo 3 Salud y Bienestar:

- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100000 nacidos vivos.
- Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos¹.

En el año 2018 la razón de mortalidad materna argentina fue 3.7 y en la Provincia de Neuquén 3. En tanto la tasa de mortalidad infantil argentina fue 8.8, la Provincia del Neuquén registró una tasa de 6.1.

La propuesta, del Programa de Análisis de Mortalidad Materna e Infantil busca analizar los procesos de salud- enfermedad, su atención y cuidado que permitan identificar las fallas en los procesos de atención que desencadenan la muerte de mujeres y niños menores de un año en la Provincia del Neuquén, y actuar sobre ellas.

Una de las Líneas de Acción específicas del Plan Provincial es la conformación del Programa de **“Análisis de Muertes Maternas e Infantiles, un instrumento para mejorar la salud de las madres y los niños/as”**.

El Programa y la constitución de las Comisiones y Comités han sido avalados por Disposición Ministerial.

¹ ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030



Fundamentación y características del Programa

La enfermedad y la muerte de las madres, niños y niñas se relacionan estrechamente con los procesos salud-enfermedad, su atención y cuidado, que comprenden al embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido y de los niños y niñas.

El accionar preventivo debe enfocarse a la población desde su infancia, en la familia, en la escuela y el entorno social, favoreciendo el desarrollo del ejercicio de una sexualidad saludable y responsable, privilegiando el control prenatal, la atención del parto, puerperio, recién nacido y de la infancia, para hacer de estas acciones el eje fundamental de las políticas que garanticen el derecho a la salud.

Los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, de Control del Embarazo de Bajo y Alto Riesgo, Atención del Recién Nacido, de niños y niñas hasta los seis años, continuando con las Salud Integral Escolar y de los y las Adolescentes, deben abarcar al conjunto de esta población y, especialmente, a los más vulnerables. La detección temprana de situaciones de vulnerabilidad permite anticipar y contrarrestar las consecuencias de los factores biológicos, sociales, educativos, económicos, culturales y de atención que influyen sobre la morbimortalidad del grupo poblacional de la madre, niños y niñas.

El Programa se propone como estrategia la evaluación de procesos, estructura y resultados como un indicador de calidad de los procesos de atención y cuidado. Dentro de las modalidades evaluativas, una de ellas es la que parte de un evento desfavorable (la muerte de un niño/a o una mujer madre) para analizar y evaluar el proceso que antecedió al mismo. Examinar cada muerte incluye el conocimiento de los aspectos vinculados con las diferentes condiciones de la vida familiar, la respuesta de los servicios de salud a las necesidades y requerimientos, desde la gestación hasta el episodio final, y la opinión y valoración de las familias sobre la oportunidad y la calidad de la atención recibida.



Esta metodología es la que utiliza el Programa y propone analizar el recorrido y participación del sector salud y, de ser pertinente, de otros sectores, en todo el proceso de atención recibido por un niño, niña o madre fallecida: control del embarazo, parto, puerperio, nacimiento, evaluación del menor de un año, atención de problemas de morbilidad y episodio final. En consecuencia, el análisis incluye al servicio donde se produjo la muerte y abarca a todos los efectores y sectores que intervinieron en todo el proceso. Con el objetivo de determinar si los sucesos acontecidos pudieron ser evitados por medidas preventivas y/o asistenciales, y prevenir futuros daños. La metodología de revisión del proceso de atención no tiene como finalidad realizar acciones punitivas sobre las instituciones involucradas.

El análisis de la mortalidad materno infantil ha demostrado ser una tecnología sencilla y eficaz para corregir las deficiencias detectadas, y su implementación es a través del equipo de salud lo que permite a sus integrantes realizar una reflexión crítica sobre el desempeño grupal y posibilita, en forma práctica, identificar acciones preventivas, problemas y reorientar las acciones.

El programa incluye el análisis de las muertes ocurridas en efectores de salud como también en domicilio o en el camino hacia instituciones sanitarias, incorporando todo el itinerario que precede al episodio final. La bibliografía destaca, que un aspecto fundamental del análisis consiste en integrar la opinión de los familiares que han padecido la muerte de un niño, niña o una madre.

Los puntos a rescatar de esta información están dados por:

- El grado de conocimiento relativo a la situación clínica del niño, niña o madre.
- La toma compartida de decisiones.
- La participación en el desarrollo de las acciones preventivas y asistenciales.
- La familia y el contexto son informantes claves sobre lo sucedido, las técnicas epidemiológicas cualitativas pueden arrojar datos de gran valor.



Características del Programa

El Programa pretende organizar un sistema que provea información adecuada para detectar y valorar los problemas operativos en la atención materna infantil en relación con:

- La calidad de la red de servicios de distinta complejidad.
- La interrelación y coordinación entre los diferentes efectores del sistema de atención.
- La implementación del enfoque de riesgo para el grupo materno infantil.
- El reconocimiento de las muertes institucionales y domiciliarias.
- La incorporación de la familia y la comunidad en el proceso de atención integral.
- La inclusión del método de Análisis Causa Raíz (ACR) en la mortalidad materna e infantil por causas reducibles.
- El fortalecimiento de barreras del sistema que permita disminuir la exposición de futuros binomios y la implementación de ciclos de mejoras oportunos.
- Los ciclos de mejora a implementar serán elevados a los comités, jefaturas zonales y directores de clínicas del subsector privado. Estos dos últimos, son los responsables de la implementación o modificación de la práctica y de la gestión para la adquisición de recursos que permitan mejorar la calidad de atención, como así también, de elevar el informe correspondiente al comité técnico central.

El comité técnico central será el ente encargado de solicitar, en un plazo de tiempo estipulado, que los ciclos de mejora propuestos se hayan implementado y elevarán a la Dirección de Maternidad e Infancia el informe correspondiente.

Para que las acciones del Comité Técnico Central y comités zonales sean eficaces se requiere:

Compromiso: de todo el equipo de salud en el nivel de responsabilidad de su nivel de competencia.



Participación y acuerdos: del recurso humano de todos los niveles para efectuar los cambios necesarios.

Organización: generar procesos de trabajo definidos y construir un sistema formal que favorezca su continuidad.

Factibilidad: favorecer la disponibilidad de los recursos necesarios para que los procesos diseñados se lleven a cabo.

Confidencialidad: debe preservarse la identidad de los casos analizados y nunca usarse con fines punitivos ni legales, el resguardo se extiende a toda la información que el análisis arroje.

Análisis y ACR: para detectar las probables causas que contribuyeron al evento final y los ciclos de mejora que de ese análisis surjan.

Difusión de los resultados: la información obtenida del análisis se debe socializar, tanto dentro del sector salud como en el extra sectorial si fuera pertinente, para favorecer la mejora de los procesos de atención y cuidado.



Objetivo General

Contribuir a la disminución de la mortalidad materno infantil de la Provincia del Neuquén evaluando y mejorando la calidad del cuidado de la salud de la población de mujeres en edad fértil, madres y niños menores de un año en lo referente al cuidado integral de su salud, del embarazo, parto y puerperio, cuidados del recién nacido y del lactante.

Objetivos Específicos

- Conformar un comité local de análisis de mortalidad materno infantil (CAMMI) por cada zona sanitaria.
- Capacitar a todos los miembros en el proceso de análisis, ACR, uso de formularios y recursos tendientes al diseño, implementación y auditoría de los ciclos de mejora.
- Analizar la muerte de las madres y de los niños, niñas menores de un año en lo concerniente a los procesos de atención y cuidados brindados, identificando las fallas que pudieron contribuir a la muerte y la implementación de ciclos de mejora que pudieran prevenirla.
- Difundir los datos obtenidos del análisis y las estrategias sugeridas con todos los comités.
- Crear un ámbito de reflexión y capacitación en el equipo de salud que lleve a mejorar la calidad de la atención.
- Incorporar para el análisis las variables culturales, sociales opiniones y vivencias de los familiares de los niños, niñas y madres fallecidas, que pudieran relacionarse con dicha muerte en pos de la mejora de la calidad de atención.
- Analizar las evaluaciones realizadas con el objeto de proponer los ciclos de mejora pertinentes desde lo preventivo y asistencial para mejorar la salud de la



madre y el niño, niña en nuestro medio y aportar datos de otra índole a quien correspondiera.

- Informar a los niveles decisorios y operativos del sector Salud y otros Sectores sobre las causas reducibles que influyen en la mortalidad materna infantil y sobre el rol que cada uno desempeña en la cadena de esos eventos.



Estructura organizativa del Programa anexo 1

Misiones y Funciones

Comisión Ejecutiva Provincial

- Es la unidad responsable general del Programa, que debe contribuir al desarrollo de las actividades tendientes a evaluar, analizar y mejorar la calidad de la atención integral brindada a la población materno-infantil.
- Apoya y facilita las acciones de los responsables técnicos del programa en cuanto a los objetivos definidos. Recepciona y analiza la información que le remite la Comisión Técnica.
- Es la intermediaria y comunica las necesidades de la comunidad en materia de salud materna infantil a los responsables técnicos del programa según los objetivos definidos.
- Pone en marcha nuevas orientaciones, revisa las políticas existentes, crea programas y acuerdos para subsanar las debilidades del sistema detectado.
- La Comisión Ejecutiva Provincial convoca y designa a los miembros de la Comisión Técnica.
- Los miembros de las respectivas Comisiones y Comités tendrán, preferentemente permanencia en sus funciones y serán designados por Disposición de la Subsecretaría de Salud.
- La comisión ejecutiva dispondrá de una comisión ad hoc asesora integrada por las diferentes sociedades científicas pertinentes al programa.



Comisión Técnica Central

Es la unidad técnica de conducción y administración del Programa.

- Promueve la organización y creación de los Comités Zonales.
- Será responsable de clasificar y decidir los casos para análisis, contando con la información suministrada por el sector de estadística y basándose en los criterios vigentes de muertes reducibles o difícilmente reducibles.
- Define la metodología y elabora, con consenso, los instrumentos básicos para llevar a cabo las actividades en cada una de las etapas del proceso, incluyendo los manuales de procedimientos y reglamentos de funcionamiento de los Comités Zonales.
- Es la responsable de recoger, elaborar y notificar los datos correspondientes a las muertes infantiles y maternas en forma oportuna, de acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica y la recepción de los certificados de defunción.
- Capacita, apoya y asesora a los Comités Zonales para que puedan llevar a cabo el proceso de recolección y análisis de la información relacionada con la muerte materno infantil.
- Establece los mecanismos para evaluar por sí misma o por una delegación, aquellas muertes que no ocurren en los establecimientos públicos del área (domicilio, privados, otras jurisdicciones).
- Analiza la información remitida por los Comités Zonales y los resultados de las evaluaciones, las propuestas de modificación metodológica y del proceso de atención, y la factibilidad de los ciclos de mejora sugeridos.
- Comunica a los Comités Zonales los avances y resultados del análisis de la mortalidad materno e infantil, en el ámbito provincial.



- Mantiene informado permanentemente a la Dirección de Maternidad e Infancia, y solicita su apoyo para mejorar su desarrollo de propuestas cuando se necesite otro nivel de decisión.
- Mide los resultados del Programa , el impacto en los Indicadores de morbimortalidad infantil y las mejoras logradas en la calidad de los servicios, según los indicadores pertinentes.

Comité Zonal

Son las unidades operativas del análisis y de la generación de cambios en los efectores de salud, para mejorar la calidad de atención.

- Son las responsables de evaluar todo el proceso de atención de las muertes ocurridas en pacientes de su área programa, y es la que solicita la información necesaria para su reconstrucción.
- Identifica los problemas, analiza la evitabilidad de las muertes y proponen soluciones.
- Genera el proceso de evaluación de la atención ofrecida por el equipo de salud en relación con las normativas vigentes de las sociedades científicas avaladas por la subsecretaría de salud.
- Produce la información y evaluación sobre su participación en la atención de muertes ocurridas fuera del establecimiento: domicilio, otra institución o jurisdicción.



- Procesa información obtenida de diferentes fuentes, datos de la madre y el niño tomados por los efectores que intervinieron en la atención, los datos suministrados directamente por los familiares y obtenidos a través de entrevistas.
- Brinda información al Comité Técnico Central para introducir cambios en el sistema que eviten la repetición de los errores detectados.
- Cada Comité designa un Coordinador y un suplente cuyas funciones son:
 - Organizar reuniones periódicas, proponer y formalizar los horarios de dichas reuniones, definir la dinámica y análisis de la documentación, el encuadre de la discusión de los resultados y oficiar de nexo con el Área de Información de la Subsecretaría de Salud para elevar los informes de resultados.
 - El coordinador debe favorecer la participación del comité zonal en todas las actividades definidas por la Comisión Técnica Central y mantener una fluida comunicación con el mismo.
 - Debe mantener informado periódicamente y por escrito a la Comisión Técnica Central sobre:
 - Funcionamiento del Comité Zonal
 - Resumen de los casos analizados, con sus códigos correspondientes
 - Conclusiones, ciclos de mejora propuestos y recomendaciones.



- Deberá presupuestar los gastos que originen las reuniones de los comités, a saber: combustible, comestibles, librería. La administración zonal deberá resolver las necesidades de soporte informático, administrativo y vehículo para realizar las entrevistas que el análisis de cada caso requiera. Otorgar a los integrantes el tiempo institucional necesario para desarrollar las actividades.

Los miembros de los grupos, tanto de la Comisión Ejecutiva Provincial, Técnica y los Comités Zonales, deben guardar la debida confidencialidad, que excluye toda incursión que promueva acciones punitivas o legales enfatizando que el análisis del material se efectúa en forma anónima sobre el proceso de atención y no sobre las personas intervinientes.

Capacidades y designación de los miembros

La Subsecretaría de Salud dispondrá de la designación de las personas miembros del Programa y a cargo del análisis de los casos de su zona. Cada Comité Local estará integrado por distintos profesionales del equipo de Salud de la Zona, preferentemente, de diferentes Hospitales e incluyendo, jefaturas de Servicios, responsables de Centros de Salud y otros cargos o funciones con responsabilidad.

Es recomendable que cada Comité local esté conformado por profesionales de: Pediatría, Obstetricia, medicina General, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Estadística. En su incorporación al equipo del comité local debe estar sujeta a la motivación que presenten y por el aporte que pueda realizar al análisis, independientemente de la función que cumplan en el sistema de Salud. Estos profesionales deberán contar con el tiempo y lugar institucional para llevar a cabo la tarea requerida por el Programa PAMMEI.

Las zonas sanitarias que cuenten con subsector privado deberán incorporar también un representante de dicho sector, preferentemente, pediatra u obstetra. Todos los Comités deben contar con los servicios de profesionales de Trabajo Social y Psicología, que realicen las entrevistas domiciliarias necesarias a cada caso.



Metodología

El comité zonal que realizará el análisis de las muertes maternas e infantiles, será el que corresponda según el domicilio real de la madre/padre o del niño/niña.

Como la Provincia está regionalizada y tiene mecanismos de referencia y contra referencia, se sugiere que el análisis lo realice el Comité del cual procede el paciente. Por ejemplo, el caso de un niño que vive en el área del Hospital de Las Ovejas se enferma y es derivado a Chos Malal y, finalmente, fallece en el Hospital Neuquén. El análisis lo realizará el Comité Zonal de la Zona III.

En la Zona Metropolitana se utilizará el mismo criterio. Se crearon dos Comités Zonales integrados en forma conjunta por el Hospital Neuquén y la Zona Metropolitana que serán los encargados del análisis de los casos que ocurran con domicilio en dicha zona.

Por supuesto que, como la mayoría de las muertes se producen en el Hospital Regional Neuquén, y en las Clínicas de mayor complejidad de Neuquén Capital, éstos deberán colaborar activamente proporcionando la información pertinente. De ser necesario, brindarán asesoramiento técnico que amplíe el conocimiento del caso. También se convocará, si el caso lo requiere, a personal de otros establecimientos de mayor o menor complejidad para enriquecer el análisis. Es deseable que en la mortalidad por causa reducible se realice un análisis intensivo o Causa Raíz en el lugar del evento final, con la finalidad de sugerir mejoras en dicho efector y un aporte a la zona.



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

50 AÑOS
1970-2020
PLAN
DE SALUD
NEUQUÉN

Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna infantil

La vigilancia Epidemiológica (VE) es información analizada para la acción, registrada en forma sistemática, periódica y oportuna.

El objetivo de la VE es ofrecer información y orientación técnica a los sectores que deciden la ejecución de acciones de prevención y seguimiento. Actualiza, información sobre la ocurrencia de las enfermedades, los factores condicionantes, determinantes y las definidas poblaciones de riesgo.

En la Provincia de Neuquén, está establecida la obligatoriedad de notificación de los nacidos vivos en particular y de la mortalidad general, fetal, infantil y materna en todos los establecimientos estatales, mutuales y privados de la Provincia.

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gob.ar



Cada mes se reciben los Informes de hospitalización y se codifican según la Décima Edición del CIE (Código Internacional de Enfermedades) de la OMS en el Área de Información de la Subsecretaría de Salud.

La información de la mortalidad infantil y materna debe ser analizada y difundida en forma oportuna para monitorear las tendencias de cada zona y/o establecimiento, y actuar en tiempo real con las medidas de control necesarias.

Se notificarán todas las muertes y el Comité Zonal realizará el análisis, de acuerdo con los criterios de reducibilidad clasificados previamente por el Comité Técnico Central.

Normas de procedimientos

Población objetivo: Al ser este Programa parte de una investigación, el objeto de estudio son las muertes maternas, de niños y niñas menores de un año con domicilio en la provincia de Neuquén. Quedan exceptuados los nacidos vivos que fallecen en Neuquén con domicilio en otras provincias, las muertes materno-infantil por causas externas y las que se encuentren en proceso judicial.

Breve caracterización del problema que el Programa procura resolver:

El programa intenta obtener información del proceso de atención y cuidados ofrecidos a los niños, niñas de menos de un año y mujeres que, en situación de embarazo, parto y puerperio, mueren. Se trata, entonces, del análisis de los procesos de atención durante las etapas de embarazo, parto, puerperio, recién nacido, periodo post natal y el último suceso que produjo el deceso de esos pacientes.

Se analiza toda la documentación, Historia Clínica materna, infantil, módulo perinatal y/o ficha de control prenatal, libreta de salud de la infancia, certificado de defunción (algunos de estos documentos se encuentran en proceso de incorporación al sistema ANDES.)



El Programa integra como fuente de información el relato de la familia afectada por el evento, para recuperar y conocer cómo la familia considera y evalúa el proceso de atención y cuidados recibido por parte del sistema de salud, respetando sus tiempos en un momento de tránsito traumático. Para esto se propone realizar una entrevista en el domicilio, a cargo de profesionales del servicio psicosocial del sistema de salud. La entrevista tiene por objetivo brindar el espacio para que la familia exprese su vivencia subjetiva y aspectos que no pueden recuperarse de los documentos institucionales. Reunida la información, se busca reconstruir cuáles, dónde, cómo, qué servicios y niveles de decisión intervinieron en este proceso; para analizar qué acciones son necesarias implementar como ciclos de mejoras en la atención brindada.

Los efectores estatales, privados y mutuales tendrán la obligación de notificar a la Dirección Gral. De Información de la Subsecretaría de Salud y a la Jefatura de Zona Sanitaria por el sistema correspondiente las defunciones materno infantiles. Anexo2

La notificación debe incluir:

- Apellido y Nombre
- Domicilio
- Nº de Historia Clínica
- Fecha de Nacimiento
- Fecha de Muerte
- Lugar de Fallecimiento
- Diagnósticos como figuren en el Certificado de Defunción.

Si la muerte se produce en domicilio o en la calle, el profesional que firma el certificado de defunción será el responsable de avisar al organismo de quien depende y este a su vez a la Zona Sanitaria correspondiente y a la Dirección Gral. de Información de la Subsecretaría de Salud.

Con el objeto de resguardar el secreto estadístico, la Dirección Gral. de Información recibe y procesa la información dando un código a cada niña/o y/o madre fallecida.



A pedido de los Comités Zonales, toda institución que haya tenido intervención en el proceso de atención de la madre / niña/o fallecidos, deberá facilitar fotocopias de los registros (Historia Clínica, Ficha de Control, etc.). Las mismas deberán ser enviadas en sobre cerrado y correctamente rotulado. Se deberá solicitar a través de la coordinadora de estadística de la zona.

En el nivel Central se codifican las muertes y, de acuerdo con domicilio de la madre, se distribuyen los casos a analizar a cada una de las comisiones por zona.

El nivel zonal recopila la información en los efectores zonales que han intervenido en la atención y, de ser necesario, solicita al nivel Central aquella documentación que corresponda a efectores intervinientes públicos y privados de Neuquén Capital.

En todos los pasos que sigue el procedimiento de análisis, debe garantizarse la confidencialidad y el secreto estadístico. Es fundamental asegurar la correlación entre los datos personales de cada caso y su codificación. En todos los niveles de acceso a la documentación de los servicios y profesionales intervinientes, es fundamental, conservar el anonimato de todo el personal.

El objetivo de este análisis es comprender las fallas en todo el proceso de atención para hacer las correcciones pertinentes, y no la responsabilidad individual de los profesionales actuantes.

La entrevista a los familiares siempre se llevará a cabo, preferentemente, de tres a seis meses después de haber ocurrido el fallecimiento, y el caso se cierra cuando la misma se encuentra realizada no invalidando esto último la implementación de las mejoras pertinentes en los procesos de atención de la salud. Puede haber excepciones que se deberán consignar (Ej.: domicilio inexistente y/o cambio de domicilio sin otro dato, etc.)

Para que los ciclos de mejora se puedan implementar en tiempo real el Comité Zonal desdoblara la entrega de los formularios del análisis de los procesos de atención de la salud. Estos serán remitidos en un plazo no mayor a los 7 días de concluido el análisis en sobre cerrado y con la inscripción CONFIDENCIAL. Dicho sobre será entregado al

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**



Servicio de Estadística de la zona quien será el encargado de enviarlo a la Dirección de Información Sanitaria de la Subsecretaría de Salud.

En forma posterior y en el tiempo estipulado para la realización de la visita psicosocial se elevará en las mismas condiciones y por la misma vía el informe de dicha intervención para de esta manera dar por cerrado el caso.

La Comisión Técnica, analiza la información recibida de todos los Comités Zonales, los ciclos de mejora propuestos, las estrategias para su implementación y su posterior evaluación. Mantiene informado en forma trimestral y por escrito a la Comisión Ejecutiva Provincial, sobre los avances del Programa con las sugerencias pertinentes y solicitando su intervención en caso de ser necesario. Paralelamente, enviará la devolución correspondiente a los comités zonales y socializará los ciclos de mejora con todos los comités, con el fin de contribuir a la calidad en la atención sanitaria.

Proceso de análisis

Para el desarrollo del análisis el Programa cuenta con formularios a saber:

Formulario A: Instrumento para evaluar información de las historias clínica y otras fuentes de la mortalidad infantil/materna. Anexo4

Formulario B: Instrumento para recabar datos de la entrevista domiciliaria mortalidad infantil/materna. Anexo 5

Formulario C: Instrumento para resumen final de la evaluación de la muerte infantil/materna. Anexo 6

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y CUIDADO

Listar todos los problemas encontrados.



Los problemas son inconvenientes que surgen en diferentes etapas del proceso de atención y cuidado y que requieren de una solución para alcanzar el objetivo buscado. Es importante que el planteo del problema cuente con toda la información necesaria (Qué, dónde, cuándo, quiénes).

Ej: Dificultad en el Hospital XXX para realizar las ecografías de control prenatal por tener el equipo fuera de funcionamiento hace seis meses a la fecha, por reparación.

IDENTIFICAR LAS CAUSAS QUE PUDIERON HABER ORIGINADO LOS PROBLEMAS Y LOS SERVICIOS INVOLUCRADOS

Listar las causas surgidas del análisis como posible causal de los problemas encontrados e identificar los servicios donde se desarrollaron los mismos.

CLASIFICAR LOS PROBLEMAS:

Según tipo:

Organizacionales, Asistenciales y Comunicacionales.

Según período: Embarazo, parto, puerperio, neonatal, posneonatal, en la atención de la enfermedad última.

Otros (actitudinales, éticos, etc.)

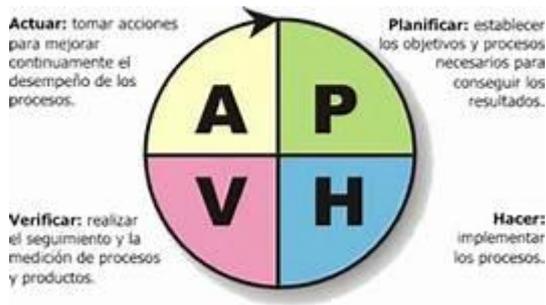
JERARQUIZARLOS:

Considerar la, magnitud, impacto, costo y capacidad. Anexo3

POSIBLES SOLUCIONES

Luego de identificar, clasificar y jerarquizar los problemas se realizará un listado de las posibles soluciones a los mismos.

Cada solución se debe transformar en un ciclo de mejora.



Plan de implementación de ciclos de mejora de la atención

- Definir el nivel de acción del plan:
 1. Nivel Local o del Establecimiento.
 2. Nivel Zonal.
 3. Nivel Central.
- Proponer ciclos de mejora a implementar con el propósito de modificar los procesos de atención y cuidado, identificando obstáculos (resistencias, recursos, competencias) y oportunidades (decisión política, compromiso, disponibilidad de recursos).
- Considerar las recomendaciones que involucran a otras organizaciones que no dependan del sistema de salud su resolución.
- El plan de implementación de mejoras finaliza cuando las propuestas se instalan generando un cambio en los procesos de atención y cuidados, dado que no siempre una mejora se transforma en un cambio.
- Los miembros de los Comités tienen el rol de facilitadores, dinamizadores y catalizadores del proceso de mejoramiento
- Es fundamental lograr el compromiso de los gestores que lideran los servicios de Salud para lograr la implementación de los ciclos de mejora propuestos.



El comité central propondrá las metas a lograr contemplando:

- Los resultados esperados de acuerdo con los problemas detectados.
- Las metas deben ser realistas y alcanzables.
- Detallar las actividades que se desarrollaran.
- Definir los servicios involucrados.
- Definir quiénes deben tomar las decisiones y cómo acompañarlos.
- Identificar los recursos necesarios para la solución.
- Considerar las barreras o resistencias. Definir las estrategias para superarlas.
- Definir indicadores e instrumentos para evaluar los objetivos.

Definiciones

Mortalidad materna

1 – Defunción materna por causa obstétrica

“La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos (42) días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.

Las defunciones maternas obstétricas pueden subdividirse en dos grupos:

- a) Defunciones obstétricas directas:



Son las que resultan de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debido a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

b) Defunciones obstétricas indirectas:

Son las que resultan de enfermedades existentes desde antes del embarazo o enfermedades que evolucionaron durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

2. - Defunción materna por causa no obstétrica:

“Es la muerte que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con su embarazo o su atención”. Como por ejemplo: muerte de una gestante luego de un accidente de tránsito o luego de una cirugía por tumor cerebral.

El registro de defunción materna por causa no obstétrica no será incorporado en la construcción de las tasas de mortalidad materna oficiales.

3. - Defunción materna tardía:

Las mujeres que fallecen después de los cuarenta y dos (42) días de finalizado el embarazo corresponden a la categoría denominada **muerte materna tardía**, que se define como:

“La muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los cuarenta y dos (42) días pero antes de un (01) año de la terminación del embarazo”.

El registro de defunción materna tardía no será incorporado en la construcción de las tasas de mortalidad materna oficiales.

Si bien la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima Revisión (CIE-10) incorpora la categoría de muerte materna tardía, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, éstas no se incluyen en el numerador de la Tasa de Mortalidad Materna. La muerte materna



tardía es aquella que se produce luego del día 42 y hasta un año después de haber producido el evento obstétrico.

Tasas

La tasa de mortalidad materna relaciona el número de muertes maternas por causa obstétrica (directas e indirectas) en un área durante un año y, como denominador, el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año y multiplicada por 10.000 o por 100.000

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

Defunciones maternas por causas obstétricas

(Directas e indirectas)

Tasa anual de

Mortalidad materna----- x 10.000

Nº de nacidos vivos registrados

en la población del área geográfica



dada durante el mismo año

Mortalidad infantil

Definiciones:

Nacido vivo

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un (1) año y tiene dos componentes:

- a) Neonatal es la ocurrida en el transcurso de los primeros veintisiete (27) días de vida,
- b) Postneonatal designa la ocurrida desde el día veintiocho (28) del período neonatal hasta la edad de once (11) meses y 29 días cumplidos.

En el estudio de la mortalidad infantil se debe tener en cuenta un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos.

La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un (1) año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos referentes tanto de las condiciones congénitas como de la atención de la salud (salud de la madre, control de embarazo,



atención del parto y del niño durante los primeros días de vida). En la mortalidad postneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño.

Tasas:

“La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de menores de un (1) año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año”.

Es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación en salud, y, debido a su especial utilidad, es necesario calcular e interpretar correctamente sus valores.

Tasa de mortalidad infantil

Nº de muertes de menores de un año de edad

acaecidas en la población de un área geográfica

dada durante un año dado

Tasa anual de

mortalidad infantil = ----- x 1000

Nº de nacidos vivos registrados



en la población del área geográfica

dada durante el mismo año

Mortalidad Neonatal

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros veintisiete (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.

La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal (embarazo, parto, período neonatal) y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento. Se compone de Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) y Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días de vida).

La mortalidad neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja sea la mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socio-económicas y culturales.

Tasa de mortalidad neonatal

Nº de muertes de niños de menos de 28 días de edad

acaecidas en la población de un área geográfica

dada durante un año dado

Tasa anual

de mortalidad = ----- x 1000

neonatal



Nº de nacidos vivos registrados en la
población del área geográfica dada
durante el mismo año

Mortalidad Post-Neonatal

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 días 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 muertes se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleje del momento del nacimiento (accidentes, infecciones, trastornos respiratorios agudos, etc.)

La mortalidad postneonatal forma parte de la mortalidad infantil y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad blanda) cuanto más alta sean las tasas de mortalidad infantil, como se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas y culturales.

Se debe recordar que algunos neonatos de muy alto riesgo (pretérmino, bajo peso, etc.) que sobreviven al período neonatal, pueden quedar con déficits para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y enfermar o morir durante el período post-neonatal. A su vez, es muy poco frecuente que los nacidos de bajo riesgo (de término, peso adecuado, sin malformaciones) se enfermen y fallezcan en el período neonatal, pero no así en el período post-neonatal si las condiciones del medio son desfavorables.

De ahí la importancia de conocer el momento de la muerte que junto a otras variables, facilita el diagnóstico de situación de una determinada provincia, región o país.

Tasa de mortalidad postneonatal (tasa de mortalidad infantil tardía)

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gob.ar



Nº de muertes de niños de 28 días a los 365 días de vida
acaecidas en la población de un área geográfica
dada durante un año dado

Tasa anual

de mortalidad = ----- x 1000

postneonatal

Nº de nacidos vivos registrados en la población
del área geográfica dada
durante el mismo año

Mortalidad Infantil según criterios de reducibilidad

Estudiar las causas de muerte según “Criterios de Reducibilidad” tiene como objeto detectar problemas, sustentar la toma de decisiones y guiar las actividades, de forma tal que faciliten la instrumentación de ciclos de mejoras.

En la Argentina esta clasificación comenzó a usarse con datos de 1979 a partir de 1985. Esto permitió que los datos elaborados de esta forma pudieran ser utilizados para orientar las acciones sectoriales en el área materno infantil, en función del riesgo, guiar la normatización de las patologías prevalentes en el medio y sustentar la planificación y programación de actividades y servicios.

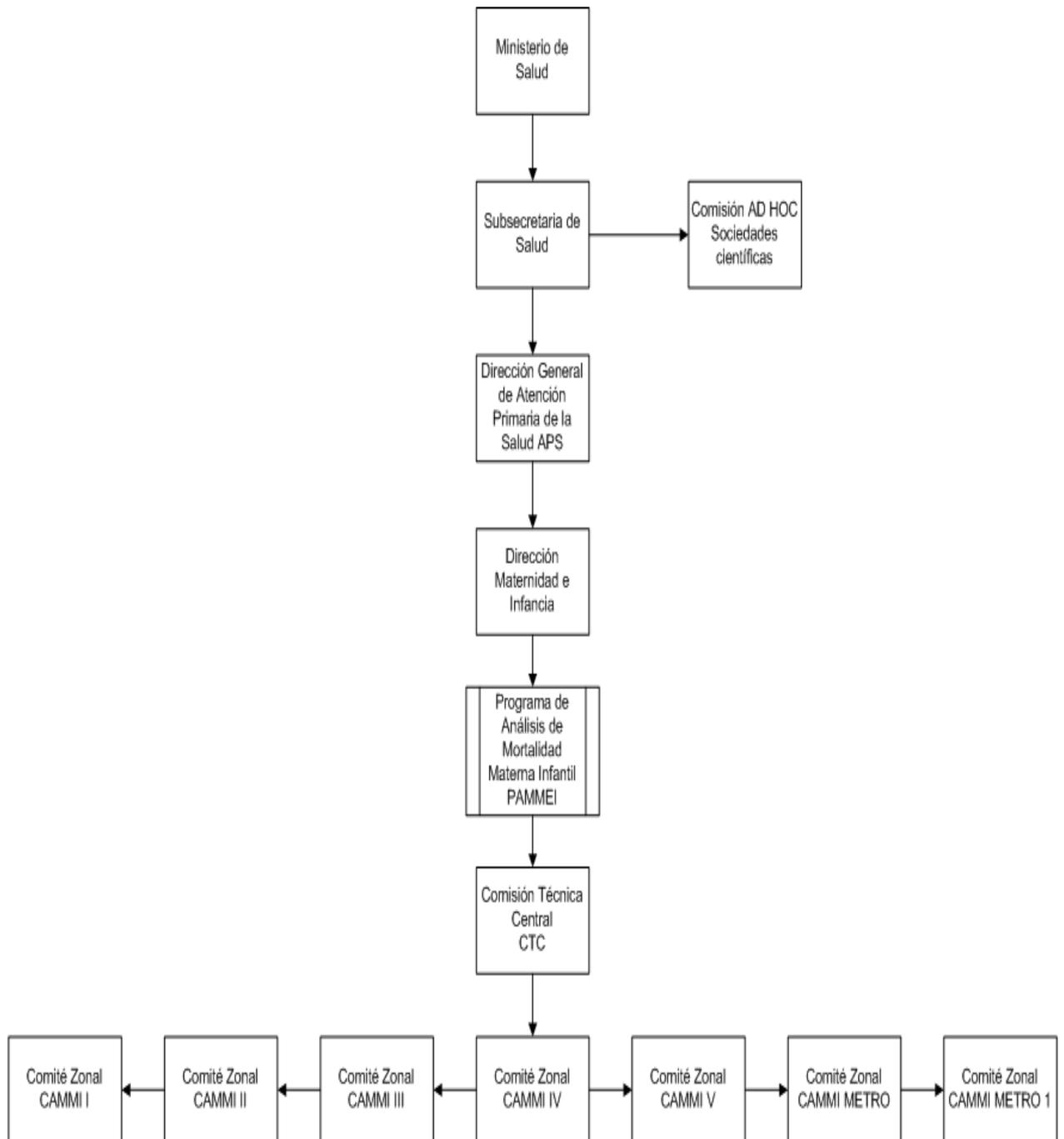
Se definen diferentes causas de muerte para el período neonatal (0 a 27 días de vida) y para el período post-neonatal (28 a 365 días). Dos grandes grupos de causas integran



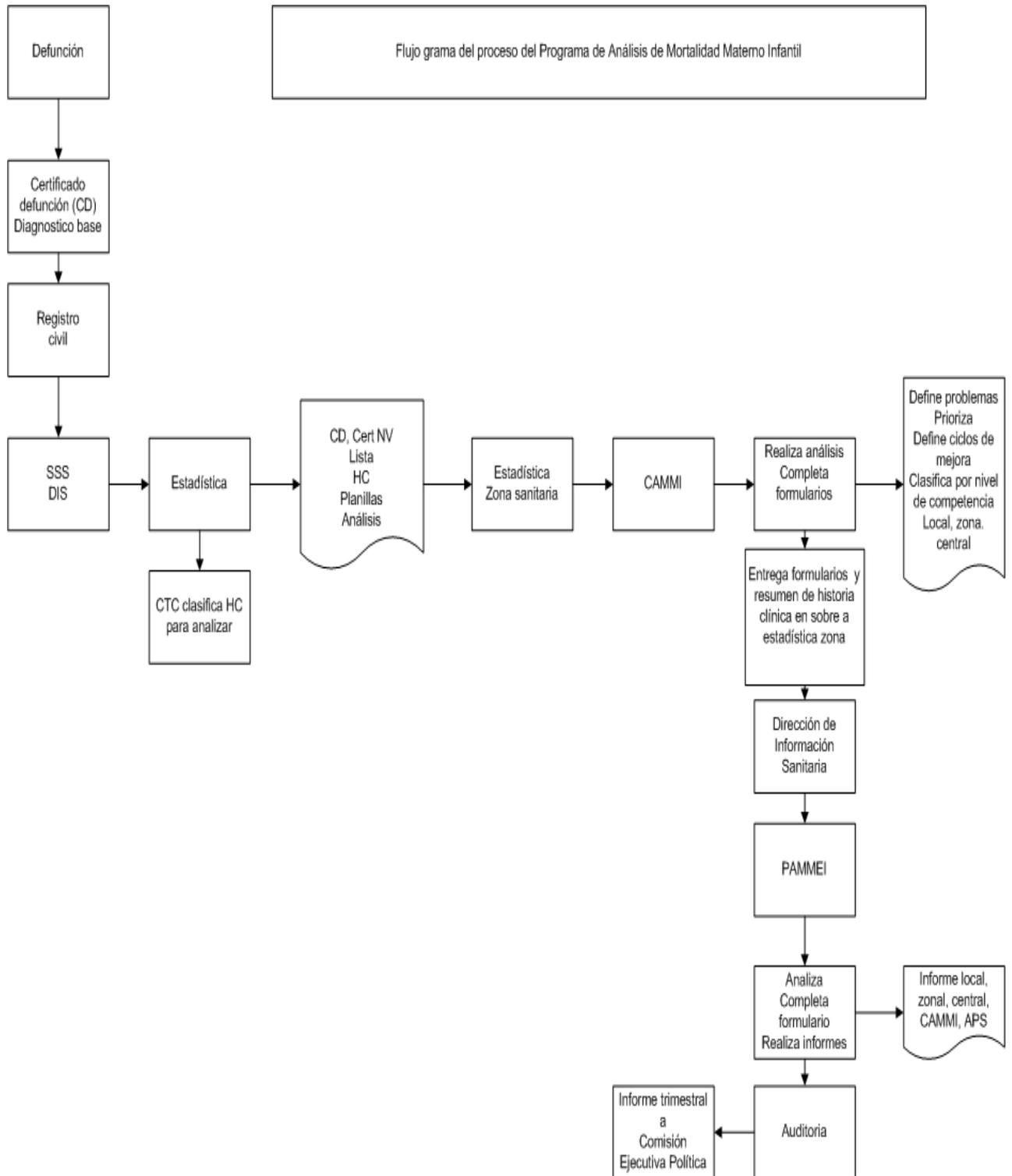
esta clasificación: **reducibles** (que incluye las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud) y **difícilmente reducibles** (que incluye las defunciones que en la actualidad no son reducibles) incluidas en la última revisión del año 2017 de la Dirección de Estadísticas e Información Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, dicha revisión consideró necesario incorporar cambios tanto para cardiopatías congénitas como para las nuevas categorías incorporadas en los CIE10.

Anexo 1

Estructura organizativa



Anexo 2



Anexo 3 Matriz de jerarquización de problemas

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD**

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gov.ar



Una matriz para jerarquizar problemas ofrece la oportunidad objetiva de darle un orden de prioridad que guíe las acciones para la solución.

	Magnitud ¿Cuántas personas son afectadas por el problema?	Impacto ¿Cuánto daño ocasiona?	Costo ¿Cuánta inversión requiere su solución?	Capacidad ¿Qué posibilidad de darle solución en este nivel tiene el problema?
Criterio	Cantidad de personas que pueden verse afectadas por este problema	Registra la intensidad del daño que produce el problema sobre la población	Estima los costos que puede insumir la solución del problema	Define la gobernabilidad sobre problema en el lugar de ocurrencia
Ejemplo Falta de ecógrafo para control prenatal	100% Todas las embarazadas que se controlan en ese efector	Mediano No contar con una ecografía oportuna puede demorar un diag. prenatal	Medio Reparar o reponer insume un costo medio dentro del equipamiento hospitalario	Baja El efector no contempla en su presupuesto la reparación ni reposición del equipo.

Magnitud: estima el porcentaje de personas afectadas



Todos	Muchos	Pocos	Algunos
100%	50-99%	20-49	1-19%

Impacto: estima el daño que ocasiona o pudiere ocasionar el problema en la población.

Mucho daño	Mediano	Poco
------------	---------	------

Costo: Estima la inversión económica que requiere la solución del problema

Alto	Medio	Bajo
------	-------	------

Capacidad: estima la posibilidad que tiene el problema de ser resuelto en el lugar de origen.

Alta	Mediana	Baja
------	---------	------



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS

50 AÑOS
1970-2020
PLAN
DE SALUD
NEUQUÉN



GOBIERNO
DE LA PROVINCIA
DEL NEUQUÉN

SECRETARÍA
GENERAL

NEUQUÉN
PROVINCIA

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD

(0299) 4495590 Int. 5745
www.saludneuquen.gob.ar