

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autora: Mariana Ethel Álvarez

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE EZEIZA Y SU RED DE CAPS

2013

Citar como: Álvarez, M. A. (2013). Mejora de la calidad de la atención de las adolescentes embarazadas en el hospital de Ezeiza y su red de CAPS. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice de Contenidos

1. RESUMEN EJECUTIVO:	3
▪ RESULTADOS ESPERADOS:	3
▪ BENEFICIARIOS:	3
▪ NECESIDAD DE FINANCIAMIENTO:	3
▪ CONCLUSIONES GENERALES:	3
▪ PALABRAS CLAVES:	4
2. INTRODUCCIÓN:	5
▪ ORGANIZACIÓN QUE PRESENTA EL PROYECTO	5
▪ JUSTIFICACIÓN DE PROYECTO:	7
▪ OBSTÁCULOS A ENFRENTAR:	8
3. MARCO CONCEPTUAL	9
4. PROBLEMA	11
▪ ANÁLISIS DEL PROBLEMA:	11
▪ ANÁLISIS DE LAS CAUSAS:	15
▪ ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS:	16
5. OBJETIVOS	18
▪ OBJETIVO GENERAL:	18
▪ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO: FODA en relación al proyecto y a la intervención específica que se prevé	20
7. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA	21
▪ TABLA DE ACTIVIDADES DE CADA OBJETIVO ESPECÍFICO	21
▪ CRONOGRAMA: DIAGRAMA DE GANTT	23
8. MECANISMO DE EVALUACIÓN	25
9. CONCLUSIONES:	26
10. BIBLIOGRAFÍA	27
11. ANEXOS	29
ANEXO I - ORGANIGRAMA	29
ANEXO II - DEFINICIÓN DE TASAS	30
ANEXO III - TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD	32

1. Resumen Ejecutivo:

- **Resultados Esperados:**

La finalidad de implementación de este Proyecto de Intervención es: *Mejorar la calidad de atención de las madres adolescentes, a través del aumento de sus controles durante el embarazo, para Contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal/Infantil* en el Hospital Interzonal "Dr. Alberto A. Eurnekian" de Ezeiza.

- **Beneficiarios:**

Los beneficiarios directos del plan son todos los involucrados en la problemática de los embarazos adolescentes, a saber: Los Directivos del Hospital, los distintos Jefes de Servicios (Obstetricia, Neonatología, Pediatría), las distintas unidades de apoyo (Psicología, Nutrición, Servicio Social, Enfermería), quienes en conjunto mejorarían la protocolización de atención de la adolescente embarazada. Y las áreas de Salud (Nacional, Provincial y Municipal) que implementaron el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil.

La población final que se beneficia con el proyecto es *la adolescente embarazada*, que vive en el partido de Ezeiza, y de los partidos aledaños que se atienden y realizan sus controles de salud en el Hospital de Ezeiza.

- **Necesidad de financiamiento:**

El financiamiento de este proyecto se realizaría por intermedio del programa del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la implementación del Plan para la Reducción del embarazo adolescente y de la Mortalidad Infantil, financiado por UNICEF.

También es de fundamental importancia el aporte de la Municipalidad local, quienes se encargarían de la contratación de personal idóneo para la realización de las actividades necesarias, dentro y fuera de los CAPS, para el programa de referencia y contrarreferencia.

Otro pilar es el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en apoyo al hospital, para la reasignación de los recursos humanos, ya en funciones, con fondos propios de la Pcia. De Buenos Aires.

- **Conclusiones Generales:**

Se trata de un proyecto social cuyo principal impacto es *mejorar la calidad de atención de la madre adolescente embarazada*, a través del aumento en el número de controles y protocolización de su atención, de la referencia y contrarreferencia con los CAPS, para así contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal/Infantil. Necesidad de atención que convierte a dichos pacientes en sujetos de derecho para la obtención, desde nuestro sistema de salud, de la atención en tiempo y forma que el estado del arte hoy dispone. Es precisamente misión del Hospital y de los Servicios que lo conforman (Obstetricia, Neonatología y Pediatría), coordinar las acciones para que la

implementación del proyecto alcance a la población que lo necesita. El presente proyecto se basa, esencialmente, en dos valores primordiales: Calidad y Equidad.

- **Palabras Claves:**

Embarazo adolescente – Tasas de Mortalidad: Materna, Neonatal, Infantil –Protocolos de intervención.

2. Introducción:

- **Organización que presenta el proyecto**

El proyecto se llevará a cabo en el HOSPITAL INTERZONAL DE EZEIZA, Dr. ALBERTO A. EURNEKIAN, cuyo Director Ejecutivo actual es la Dra. Graciela Sorrentino. Cuando se inició el proyecto quien ocupaba ese lugar era el Dr. Domingo Macarone.

El Hospital quedó formalmente inaugurado el 11 de enero de 2010, pero entró en funciones con la organización actual, a partir del 16 de octubre de 2010.

Es un Hospital Interzonal General De *Agudos, Polivalente, Nivel III*: Alto Riesgo, según la normativa vigente (Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 282/94 del Programa Nacional de Garantía de Calidad), aunque se maneja como un Hospital De Nivel II, en la gran mayoría de sus servicios. Con una estructura funcional mixta, entre servicios, salas y cuidados progresivos.

- Estructura Organizacional: La línea jerárquica es la siguiente:
 - ✓ Consejo de Administración: Dr. Claudio Gulo (Presidente, en representación del Ministro de Salud), Lic. Patricia Eurnekian, Ing. Roberto Dogil, Arq. Roberto Navazzo, Consejero representante de los Profesionales: (Ley 10471) Dra. Verónica Siciliano y Consejero representante de los no profesionales: (Ley 10430) Sr. Francisco Danel
 - ✓ Directora Ejecutiva: Dra. Graciela Sorrentino
 - ✓ Directores Asociados: Dra. Marta Suarez y Bco. Sergio Otaviano
 - ✓ Jefes de los diferentes Servicios: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Quirúrgica, Emergencias y Consulta Ambulatoria, Perinatología y Enfermería.

Se anexa el esquema del Organigrama con las Diversas Unidades y sus Dependencias Funcionales (Anexo N° 1).

- Visión y Misión

VISION: El Hospital Interzonal de Agudos Dr. Alberto Eurnekian, de la ciudad de Ezeiza, ha sido creado con la intención de constituir un eslabón sanitario de trabajo en la red. Que permita en un futuro, organización estratégica mediante, la atención de la comunidad demandante de servicios para la salud que provengan del Primer Nivel de Atención y (en razón del crecimiento de su complejidad) aceptar las derivaciones de otros centros regionales de Segundo Nivel (Hospitales Zonales) que requieran de dicha complejidad.

En esta instancia, se considerarán las políticas corporativas en relación al servicio del usuario, a la participación de la comunidad, a los conceptos de calidad y eficiencia y también en cuanto al personal: criterios de selección y contratación; capacitación y promoción; incentivos positivos y negativos. En lo que a proveedores se refiera, se adoptaran criterios de fidelidad y transparencia.

En síntesis, el lema institucional podría suscribirse en:

Hospital Alberto Eurnekian: El Hospital de La Comunidad.

MISION: Según la O.M.S...

"el hospital es parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población asistencia médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital también es un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial"...

La Misión es el pilar de la ESTRATEGIA; sin misión no hay organización. El Hospital Dr. Alberto Eurnekian, hoy define su Misión-Función con los siguientes 4 puntos:

- ¿Qué hace el Hospital? ¿Cuáles son sus servicios y actividades?

**Servicios Asistenciales*

**Actividades docentes:* Brinda capacitación en servicio y también formación de personal sanitario

**Actividades de investigación:* Básica-Clínica (por los distintos comités) y las correspondientes a los Servicios de Salud.

- ¿Quiénes son los usuarios?, ¿Dónde están?

**Población:* alcanza los 600000 habitantes.

**Área Geográfica:* comprende los siguientes Partidos: Ezeiza (en 1º lugar, de donde es el único Efecto de 2º Nivel, con 16 CAPS, afluentes del Primer Nivel), E. Echeverría, San Vicente, Cañuelas y La Matanza (que poseen efectores de 2º Nivel de Menor Complejidad).

- ¿Cómo presta sus servicios?

**Modelo de atención:* los usuarios tienen actualmente acceso directo al hospital (se trate de aquellos que tengan o no cobertura social) y en caso de acceder desde el 1º Nivel lo hacen por el mecanismo de Referencia-Contrarreferencia. Los usuarios procedentes de partidos vecinos acceden por intermedio de la Región Sanitaria VI o por propia determinación.

**Valores de Actuación:* la calidad de la atención se halla asegurada por el entrenamiento y el compromiso de los trabajadores del hospital, cumpliendo normativas institucionales. La accesibilidad, la equidad y la eficiencia alcanzan su máximo resultado, sujeto al servicio demandado. La tecnología sanitaria se encuentra incorporada y la tecnología de la información se halla en proceso de instalación. Los recursos humanos se seleccionan activamente y los mecanismos de motivación e incentivos se encuentran en etapa evolutiva.

- Principales Hitos de la organización:

**Mudanza física del Hospital y su modernización en cuanto a la estructura organizacional.*

**Modernización del equipamiento, tanto edilicio como tecnológico.*

**Mejor accesibilidad para la población derecho habiente.*

**Inicio de cambio en la Cultura Organizacional Institucional.*

- Recursos Financieros:

**Presupuesto 1:* Hospital Provincial, que se financia con presupuesto del Estado Provincial.

**Presupuesto 2:* Hospital de Autogestión, percibe por las prestaciones de afiliados de Obras Sociales, que ingresan a la cuenta SAMO, y dicho ingreso se distribuye reglamentariamente.

**Presupuesto 3:* Municipalidad de Ezeiza, quien financia parte del personal de salud.

**Presupuesto 4:* Fundación San Lázaro, con su aporte en Capacitación y Docencia.

- **Justificación de proyecto:**

Desde el inicio de las actividades de nuestro hospital en el año 2010, venimos trabajando con el descenso de la mortalidad neonatal, la misma se comenzó a lograr en el año 2011 (8.7‰), con el apoyo de la Región Sanitaria VI y del Ministerio de Salud de la Nación por intermedio del "Programa de Capacitación en Servicio", en el marco de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Con los datos estadísticos del 2012, se observó que uno de los componentes de esa mortalidad estaba representada por los hijos de madres adolescentes (37.5%). Que del total de los nacimientos de dicho año (3.354 nacimientos) en el hospital, 972 fueron de madres adolescentes, lo que representa 28.9 %. De ellos, el 19.95 % (194), no se realizaron ningún control. La media nacional de embarazos adolescentes se encuentra en el 15.7 %, por lo que el problema se plantea en la forma de mejorar la calidad de atención en este grupo etario.

Como parte de la Visión y Misión del Hospital, se encuentra ser en un futuro, un eslabón sanitario importante en la organización estratégica de la atención coordinada con el Primer Nivel, y mejorar la referencia y contrarreferencia con los 3 Niveles de Atención. Es parte de un eslabón fundamental en la mejora de la calidad de atención, a través del aumento de sus controles durante el embarazo, para contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal/Infantil en el Hospital y Municipio primero, para evaluar posteriormente su repercusión Nacional.

Con lo expuesto se visualiza un problema biomédico, altas tasas de morbimortalidad materna, neonatal y postnatal, a lo que se suma un importante impacto sociocultural y psicológico con un elevado costo personal, educacional, familiar y social, en la que está inmersa gran parte de la población. Con una intervención adecuada se beneficiarían, no solo las adolescentes, sino todas las familias. Disminuyendo enormemente el impacto negativo antes mencionado.

Por lo cual la implementación de estrategias que mejoren los procesos de atención de esta población (la adolescente embarazada) con los siguientes puntos:

- Mejoras en la organización del equipo de salud, (obstetricia, pediatría, neonatología, psicólogas, trabajadoras sociales y enfermería)
- Detección precoz de los embarazos, y su protocolización para la detección precoz de alto riesgo
- Priorizar la realización de estudios complementarios (laboratorios, ecografías)
- Optimizar los protocolos para la derivación temprana de referencia y contrarreferencia

Dado que se encuentra dentro de los objetivos del Ministerio de Salud de la Nación y el de la Provincia de Buenos Aires, la disminución de la Mortalidad Infantil y del Embarazo

adolescente, nos encontramos ante una oportunidad única realizar una mejora en los procesos de atención de las adolescentes embarazadas con el fin de contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal asociada a la misma.

- **Obstáculos a enfrentar:**

El principal obstáculo, para la implementación del proyecto, es el económico. Dado que en las últimas décadas no se ha priorizado la Salud en ninguna agenda gubernamental, con una disminución del presupuesto de salud año tras año. Con lo cual, no es posible contar con el aporte económico suficiente.

Otro, no menos importante, también logrado en las últimas décadas, más en el sector médico, es la desmotivación y poco desempeño, al que se llegó por la precarización del sector, la falta de incentivos laborales y económicos, que llevan a la pérdida de la visión integral del paciente.

Con esto, los profesionales de la salud se han ido aislando del destino de la Institución, como si el hospital fuese una organización que no le pertenece a nadie, donde no se visualiza que los resultados globales son el fruto de los esfuerzos conjuntos de todas las personas que trabajan en él.

3. Marco Conceptual

En los últimos años el embarazo adolescente, se ha convertido en un problema social y de salud pública, dado el incremento y la mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un incremento en su incidencia. En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años. Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo adolescente, en el 2011, superó al promedio nacional, fue del 20%. La mayor cantidad de estos nacimientos, se produjeron en el Gran Buenos Aires, Córdoba y en las provincias del NEA (Formosa, Chaco, Misiones, Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero). (1)

La concepción del embarazo adolescente como un problema médico-social se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una construcción histórica y de un proceso social. (2)

Nuestro país, dispone de un marco legislativo y programático (3) que les permite a los adolescentes acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad (Ley 26.061) (Ley 25.673). También están garantizados el derecho a la Educación Sexual Integral en las escuelas (Ley 26.150) y el derecho a la educación en las adolescentes durante el embarazo y lactancia (Leyes 25.808 y 25.273).

El enfoque de los derechos nos lleva a concebir la política pública ya no como estrictamente gubernamental, sino concertada entre los diferentes actores sociales. Sin embargo, si las políticas no atienden a las poblaciones minoritarias con necesidades específicas, éstas permanecerán en situaciones de desventaja que les impedirán acceder y beneficiarse de las políticas universales de protección de sus derechos.

El embarazo adolescente contribuye a mayores niveles de mortalidad y morbilidad materna ya que está asociado a posibilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que se agrava porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria. El riesgo de complicaciones obstétricas también es más alto.

Todo lo antedicho genera un serio problema biomédico, ya que presenta altas tasas de

1) Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud Indicadores Básicos. Argentina 2012. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>

(2). UNICEF. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas Oficina. Colombia, diciembre 2001.

(3). Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Abril 2012. http://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf

morbimortalidad materna, perinatal y postnatal; agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Sin olvidar los factores de riesgo asociados al mismo:

- ✓ Factores individuales: Menarca precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión acreencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
- ✓ Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- ✓ Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (5) (6)
- ✓ Factores de riesgo para el niño al nacer: Patología Respiratoria, cardiovascular, prematuridad, bajo peso (<1500gs.) e infecciones propias del periodo perinatal.

Mejorando la calidad de atención de la adolescente embarazada, es decir: realizando los controles en número y tiempo para la detección de patología, con espacio para incorporar al padre adolescente, en lugares y horarios predeterminados, con un equipo interdisciplinario entrenando, logrando que el control se inicie antes del embarazo y se prolongue hasta, al menos los 2 años de niño, y estableciendo conexiones operativas con el hogar y la escuela; no solo se protege la vida de las madres, sino que también se tienen efectos indirectos en la mortalidad y en el desarrollo potencial de los niños. (7, 8).

Hay evidencia de que cuidados prenatales adecuados están asociados con al menos cuatro resultados positivos importantes: i) reducción de la tasa de mortalidad entre adultos (las madres); ii) reducción de la tasa de mortalidad infantil; iii) reducción de la incidencia de algunas enfermedades durante la niñez; y iv) mejor desempeño de los individuos durante la edad adulta. En cambio un acceso a servicios de salud de baja calidad aumenta las tasas de mortalidad y morbilidad infantil (9).

(4). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington DC, 2004.

(5). Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993; 44-62.

(6). Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cirugía 2001; 69:300-3.

(7). Barber, S. y P. Gertler (2002), Child health and the quality of medical care. Revise and Resubmit. Journal of Human Resources.

(8). Barber, S., M. Bertozzi y P. Gerlter (2007), Variations in Prenatal Care Quality for the Rural Poor in Mexico. Health Affairs.Vol. 26, No. 3, pp. 310-23.

(9). Nolan, S., P. Angos, A. Cunha, L. Muhe, S. Qazi. y E. Simoes (2001), Quality of care for seriously ill children in less developed countries. Lancet. Vol. 357, pp. 106-10.

4. Problema

- Análisis del problema: definición e identificación de indicadores, descripción y consecuencias
- Análisis de las causas
- Análisis de los involucrados

- **Análisis del Problema:**

***Definición:**

"Déficit en la calidad de la atención de los embarazos adolescentes que luego tienen el parto en el Hospital Interzonal "Dr. Alberto A. Eurnekian" de Ezeiza, perteneciente de la región Sanitaria VI en la Provincia de Buenos Aires."

***Identificación de indicadores:**

Mortalidad Infantil (TMI):

Tasa de mortalidad infantil =
$$\frac{\text{Defunciones niños } < 1 \text{ año} \times 1000}{\text{Total de nacidos al año}}$$

Mortalidad Neonatal (TMN):

Tasa de mortalidad neonatal de los RN nacidos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza =
$$\frac{\text{Nº de muertes de los RN vivos, en los primeros 28 días de vida de los RN asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en un determinado período} \times 1000}{\text{Total de los nacidos vivos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período}}$$

***Precoz:**

Tasa de mortalidad neonatal de los RN nacidos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza =
$$\frac{\text{Nº de muertes de los RN vivos, en los Menores de 7 días de vida de los RN asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en un determinado período} \times 1000}{\text{Total de los nacidos vivos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período}}$$

***Tardía:**

Tasa de mortalidad neonatal de los RN nacidos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza =
$$\frac{\text{Nº de muertes de los RN vivos, entre los 8 y 28 días de vida de los RN asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en un determinado período} \times 1000}{\text{Total de los nacidos vivos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período}}$$

Mortalidad Neonatal de Hijos de Madres Adolescentes (HMA):

Tasa de mortalidad neonatal de los RN nacidos de madres Adolescentes asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza =
$$\frac{\text{Nº de muertes de los RN vivos HMA, en los primeros 28 días de vida de los RN asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en un determinado período} \times 1000}{\text{Total de los nacidos vivos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período}}$$

Total de los nacidos vivos HMA asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo período

Porcentaje de Madres Adolescentes (MA):

Porcentaje de MA: $\frac{\text{Nº MA asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en un año} \times 100}{\text{Total de partos asistidos en el Hospital AAE de Ezeiza, en el mismo año}}$

Según la Organización Mundial de la Salud, define el embarazo en la adolescencia como aquel que se produce entre los 10 y los 19 años.

Tasa de prematurez:

Tasas de prematuros nacidos de madres adolescentes = $\frac{\text{Nº de RN menor a 37 sem. EG, nacidos de madres adolescentes en el Hospital AAE de Ezeiza en un año} \times 1000}{\text{Total de RN de madres adolescentes en el mismo periodo}}$

Indicadores de Calidad

Porcentaje de consultas recibidas en relación al protocolo de Derivación de referencia y contrarreferencia de los CAPS =

$\frac{\text{Nro. Consultas de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital} \times 100}{\text{Total de adolescentes embarazadas registradas en los CAPS y Hospital del Partido de Ezeiza}}$

*Descripción y Consecuencias:

En el año 2010 nace el nuevo Hospital de Ezeiza con un importante cambio en la estructura organizacional y la mudanza física del viejo ex Hospital Zonal de Ezeiza "Madre Teresa de Calcuta", ubicado en el Barrio Uno de esa localidad, un hospital de baja complejidad y difícil acceso para la población habiente. Al ahora, Hospital Interzonal de Ezeiza "Dr. Alberto Eurnekian", ubicado estratégicamente en el barrio La Unión Ferroviaria que cuenta con una mayor área de cobertura incluyendo el Pdo. de Ezeiza (tabla1), los barrios vecinos pertenecientes a los Pdos. de Esteban Echevarría, Cañuelas y La Matanza, presentando una mejor accesibilidad, mayor complejidad y mayor dotación de camas, pasando de 14 a 29 plazas dentro de la sala de Neonatología.

Tabla 1. Población del Pdo. de Ezeiza.

Población Total	Nacidos Vivos	Sexo	Índice de Masculinidad
163722	3387	H 81902 M 81820	100,1

Fuente: OMS y Censo 2010, Dirección Provincial de estadística del Ministerio de Hacienda de la Prov. De Bs. As.

Durante los años previos al 2010, en el viejo hospital se mantuvo constante el número de nacimientos, fluctuando entre los 1900 a 2200 anuales. El cierre de la Maternidad Central de Ezeiza y la mudanza al nuevo hospital, fueron el origen del incremento del número de partos a 2750 (2010), 3084 (2011) y 3354 (2012), lo que representó un rápido aumento de los nacimientos en un 25%, 12.1% y 8.75% de respectivamente.

Durante estos años se mantuvo entre el 22% al 25% los nacimientos de madres adolescentes, pero el 2012 llego al 28.9%, con las consecuencias que ello implica. En 2011 la TMI en la República Argentina fue de 11,7‰ y la TMN de 7.4‰ (tabla2). En la Provincia, TMI 12.0‰ y TMN 7.8‰; en la Región Sanitaria IV, TMI 12.4‰ y TMN 7.8 ‰ y en el Pdo. De Ezeiza, fueron del 13.3 ‰ y 10.5‰ respectivamente, y la Tasa de Mortalidad Neonatal del Hospital fue del 8.7‰. Tasa que descendió luego de la implementación, en el 2º semestre del año, del "Programa de Capacitación en Servicio del Ministerio de Salud de la Nación", destinado al apoyo de las Maternidades, acercándonos así, a la media nacional. Pero un alto porcentaje de esta mortalidad está representado por hijos de madres adolescentes.

Durante el año 2012 se acentuó la puesta en marcha del Programa de Capacitación en Servicio, el cual ayudó en la reducción de la mortalidad neonatal. Pero del total de partos (3.354 nacimientos) en nuestro hospital, 972 fueron de madres adolescentes, lo que representa 28.9 %. De las cuales 194 (19.95 %), no se realizaron ningún control. Fallecieron en total 16 neonatos, y de ellos, 6 hijos de madre adolescente, lo que representa el 37.5 % del total. Con una tasa de Mortalidad Neonatal en madres adolescentes de 6.1‰. Se desconocen datos precisos de años anteriores, pero actualmente encontramos un incremento sobre el porcentaje del total de embarazos. Como vemos, superamos ampliamente la media nacional de embarazos adolescentes, que se encuentra en el 15.7 % del año 2011.

Todos los indicadores de mortalidad y morbilidad se presentan por lugar de residencia, hacemos la salvedad que la tasa del Hospital es sobre los nacimientos en él, de la población habiente en su macro entorno.

Tabla 2. Defunciones infantiles y tasas por 1.000 nacidos vivos de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. República Argentina - año 2011.

NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES INFANTILES					TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL				
	TOTAL	NEONATALES			POST NEO NATALES	TOTAL	NEONATAL			POST NEONATAL
		SUB TOTAL	0-6 días	7-27 días			SUB TOTAL	Precoz	Tardía	
758.042	8.878				3.127	11.7				4.3
		5.571	4,087	1,664			7.4	5.3	2.1	

Fuente: Elaborado en base Deis 2012

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no, en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. La pluriculturalidad del macro entorno del partido de Ezeiza, da origen a la acentuación de este problema en el Hospital.

Existe un gran déficit en la captación de las niñas/adolescentes, sobre todo en la población más vulnerable, lo que conlleva a un ineficiente control de embarazo. En el año 2012, un 20% de este grupo etario no se realizó ningún control o fueron menor a 4, no alcanzando el mínimo de 5 controles requerido para mejorar la eficiencia en la

calidad y esto trae aparejado un menor número de dosis en la inmunizaciones requeridas en la embarazada, deficientes controles de laboratorio, no pudiendo detectar los factores de riesgo asociados en forma precoz. A todo esto se suma, que no existe un departamento o unidad que se encargue de realizar las referencias y contrarreferencia para facilitarle los turnos en forma más dinámica entre los CAPS y el hospital.

Como médica de planta del Servicio de Pediatría, continuamente me encuentro con la atención de este grupo de la población, tanto en la etapa pre como post natal. Una adecuada atención de éstas, lograría un impacto en la morbilidad, junto al abordaje de estrategias específicas para la disminución de la mortalidad neonatal. En este sentido, demostrar la existencia de este problema a las autoridades del Hospital y por su intermedio hacerlo extensivo a los servicios intervinientes en la atención de las adolescentes, como servicio social, salud mental, perinatología, etc. mejoraríamos la calidad en la atención de dicha población.

De acuerdo a las definiciones del Ministerio de Salud de la Nación, una madre menor de 20 años tiene mayor riesgo por razones biológicas y socio económicas en forma indistinta y se acentúan cuando se asocian las dos. Desglosando a las madres menores de 15 años, que aunque porcentualmente sean minoritarias, presentan una problemática más compleja que el resto. Este riesgo es inversamente proporcional a la edad. En la Argentina, en el año 2011, nacieron por día, en promedio, 9 bebés hijos de madres-niñas; es decir, con una edad menor a los 15 años de edad. La mayor cantidad de estos nacimientos se produjeron en el Gran Buenos Aires.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS (10). Los expertos en salud coinciden, en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés.

En la Pcia. De Buenos Aires, las madres menores de 15 años muestran una tasa de mortalidad infantil de 22‰, baja en los grupos siguientes siendo la mínima de 3.5‰ en el grupo de 25 a 34 años. Después de los 35 años vuelve a incrementarse aunque en una menor proporción y llega a 5.1‰ después de los 45 años. La falta de datos precisos no permite analizar diferencias entre áreas y regiones de residencia (anexo2)

Las mortalidades infantil y materna son el reflejo de una multiplicidad de causas: condiciones ambientales y socioeconómicas, calidad de atención sanitaria y proceso reproductivo, *que son indicadores del desarrollo social de una nación.*

La Mala Calidad de la atención médica de las madres adolescentes, contribuye a una elevada tasa de Mortalidad Infantil a predominio de la Neonatal, constituyendo sin duda, una fuente de angustia y de dolor para sus padres y parientes. Los embarazos en las adolescentes, trae asociados riesgos para el niño como aumento de la

10. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2001.

morbimortalidad, asociado con bajo peso, malformaciones, problemas emocionales y de conducta y para las adolescentes riesgos como: abandono de la escuela, maltrato psicológico- físico, negligencia de atención hacia el niño, dificultades para formar y mantener una pareja estable, interrupción prematura del proceso de adolescencia, dificultades para independizarse económicamente, dificultades laborales, déficit nutricional, enfermedad hipertensiva y obesidad, infecciones perinatales, parto prematuro y muchos terminan en aborto.

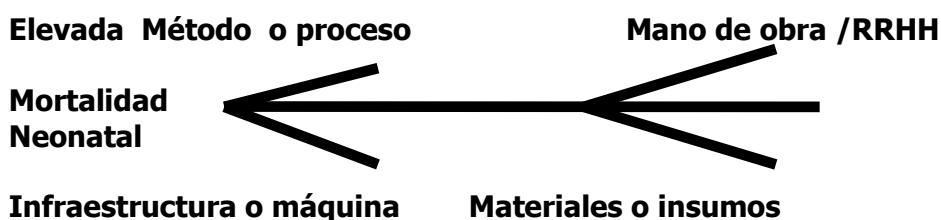
Otros de los datos del Ministerio de Salud, son las tasas específicas de Mortalidad Infantil relacionadas con el nivel de instrucción de las madres, que muestran que los niños provenientes de madres sin instrucción se ubican en 45.4‰ y de aquellas con primaria incompleta de 10.1‰. Esto es 15 y 4 veces por encima, a la mortalidad correspondiente a madres que completaron el nivel universitario o terciario.

Se pueden observar también que los cambios ocurridos en las causas de muertes entre 2010 y 2011 en el tramo neonatal, se mantiene una estructura similar a años anteriores con trastornos respiratorios y cardiovasculares, prematuridad, bajo peso (<1500gs.) e infecciones propias del periodo perinatal. En la actualidad, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse *con un buen control del embarazo y una atención adecuada del parto, más una detección, diagnóstico y un tratamiento precoz de los embarazos de alto riesgo en esta población adolescente.*

Más del 99% de los partos son institucionales, lo cual significa que el mayor problema es la baja sobrevivencia en las neonatologías de los recién nacidos con bajo y muy bajo peso al nacer. Por lo que hay que indagar y profundizar los conocimientos de las causas con criterio de reducibilidad de muerte neonatal, asociado con embarazos de adolescentes.

- **Análisis de las causas:**

En relación a las causas del problema en el Servicio de Neonatología del Hospital AAE de Ezeiza, se han detectado problemas relacionados con cuatro aspectos:



Causas secundarias desagregadas

1) Métodos o Procesos (Organización, gestión y desarrollo)

1. Baja calidad en los procesos de la Atención de los embarazos de madres adolescentes. Las siguientes actividades se realizarían con la conformación de un consultorio de Seguimiento de madres adolescentes hasta su Alta Post parto:

- Captación e Ingreso al Consultorio de Madres adolescentes
- Realizar historia clínica completa y cálculo de edad gestacional

- Realizar examen físico completo y detección de factores de riesgo: diabetes, hipertensión, edemas
- Realizar Tamizaje de enfermedades de transmisión sexual
- Detección de problemas de salud mental y valoración por Servicio Social
- Educación nutricional y dietética
- Seguimiento de embarazo normal y detección de patología obstétrica y no obstétrica: lograr como mínimo 5 visitas de control para detección de factores de riesgo
- Referencia y contrarreferencia protocolizada; esta actividad es de fundamental importancia en la mejora del procedimiento de atención de la mujer embarazada.
- Realizar curso de pre parto
- Control del trabajo de parto y educación individual post parto
- Control de salud del niño, seguimiento de la adolescente, pareja y familia.

2) Recurso humano:

1. Escasa cantidad y calidad de profesionales médicos formados en atención y seguimiento de pacientes adolescentes embarazadas.
2. Escasa horas de enfermería dedicada a la atención de adolescente embarazadas.
3. Escasa cantidad de promotores de salud que capten en la población derecho habiente adolescentes embarazadas.

3) Materiales e insumos

1. Escasa provisión de insumos de requerimiento diario.

4) Infraestructura o maquina

1. Ausencia de lugar físico (consultorio), para la atención de las adolescentes embarazadas.

• Análisis de los involucrados:

Se realiza un mapeo de actores que se relacionan con el problema. En estos participan:

- 1) El Director Ejecutivo y Asociados del Hospital Alberto Eurnekian de Ezeiza, el Jefe de Servicio de Perinatología y de Pediatría, el Jefe de sala de Obstetricia, Neonatología y de Pediatría, el Jefe de Unidades de Internación de Terapia Intensiva Neonatal y de Seguimiento de Internación Conjunta, a ellos le tenemos que sumar las especialidades de apoyos como los psicólogos, nutricionistas, servicio social, enfermería, etc.; todos ellos deberían de estar involucrados en la problemática de los embarazos adolescentes, mejorando la protocolización de la atención, darles prioridad en los turnos, mejorar los canales de referencia y contra referencia. Fomentar buena información a los pacientes para incentivar los controles adecuados.
- 2) El Ministerio de Salud de la Nación, el cual realizó un acuerdo político con el Gobernador (Ministerio de Salud) de la Provincia de Buenos Aires. El Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil el año 2011 y ampliado hasta el 2015. Con la siguiente Planificación Estratégica:
 - Involucrar a los principales decisores y actores del sistema público de atención materno infantil de la provincia (Secretario de Promoción y Programas

Sanitarios, Subsecretario de Salud de la Municipalidad de Ezeiza, Titulares de Maternidad e Infancia y Equipo Plan Nacer, Director General de Hospitales de la Provincia).

- Detectar los problemas y las fallas en el proceso de atención en todos los niveles de atención
- Acordar entre todos, las formas para superar los nudos críticos.
- Creación o Fortalecimiento de la Unidades Ejecutoras Provinciales
- Incorporación de RRHH: en especial enfermeras y obstétricas
- Capacitación en servicio
- Regionalización de la atención

Evaluamos que los organismos gubernamentales se encuentran directamente relacionados con el problema, estableciendo importantes prioridades dentro de su plan estratégico para lograr una disminución de la Mortalidad Infantil en general, y por consiguiente, la disminución de la Mortalidad Neonatal. Por lo que obtendríamos apoyo para la mejora en los procesos de atención de las adolescentes embarazadas de la población derecho habiente de nuestro hospital e incorporación del RRHH especializado para el mismo.

- 3) Las agencias internacionales como la OMS consideran el embarazo en la adolescente de riesgo por ser la principal causa de mortalidad de jóvenes, ya que sea por complicaciones del parto o debido a abortos practicados en condiciones de inseguridad. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) y UNICEF, con sus programas de ayuda internacionales, en la meta común de disminución de la Mortalidad Infantil, apoyarían el proyecto con aporte económico con su programa de plan de fortalecimiento de MSCF.
- 4) Se convoca a la Municipalidad del Partido de Ezeiza, por intermedio de la Secretaria de Salud, para incorporarlos al plan y fomentar la participación de los promotores de salud para la captación de las familias, facilitar la referencia y contra referencia de los CAPS al Hospital.

5. Objetivos

- General
- Específicos

- **Objetivo General:**

Contribuir a la disminución de la Mortalidad Neonatal/Infantil en el Hospital Interzonal "Dr. Alberto A. Eurnekian" de Ezeiza, perteneciente a la región Sanitaria VI en la Provincia de Buenos Aires, por medio de la mejora de la calidad de la atención de las madres adolescentes.

INDICADOR: Disminuir la Tasa de Mortalidad Infantil/Neonatal.

META: Aumentar en un año, el 50% el número de controles de embarazos de madres adolescentes

- **Objetivos Específicos:**

1) Mejorar el proceso de atención de los embarazos en las adolescentes

1. Mejora en la organización de la atención por personal del equipo de salud (obstetricia, pediatría, neonatología, psicólogas, trabajadoras sociales y enfermería).
2. Detección precoz de la embarazadas, priorizando las adolescentes para lograr que sean controladas.
3. Mejora en la organización y protocolización en embarazo de adolescentes, para la detección precoz del alto riesgo.
4. Priorizar la atención de las embarazadas con los turnos en el laboratorio, en las ecografías
5. Confección de protocolo para la derivación temprana de referencia y contra referencia de adolescentes embarazadas.
6. Recolección de los datos necesarios para las estadísticas de gestión

Indicadores a cumplir al finalizar el primer año:

1. Cumplir al 100% las funciones de cada integrante del equipo de salud.
2. Detección del 90% de las adolescentes embarazadas, en el 1º trimestre, para comenzar sus controles.
3. Cumplimentar en un 100% el protocolo de embarazo adolescente con alto riesgo.
4. Reducir en un 50%, los tiempos de espera para laboratorio y ecografía
5. Lograr la confección y cumplimentar en un 100% la norma, para la referencia y contra referencia de embarazadas adolescentes, priorizando los de riesgo.
6. Lograr la recolección del 100% de los datos estadísticos, para mejora de la gestión.

2) Incrementar la oferta de horas y competencias del Recurso Humano de enfermería y de médicos:

1. Incrementar la oferta de horas médicas de las distintas especialidades para la atención de embarazos de adolescentes en consultorio prenatal.
2. Adecuación Salarial, ajustados por formación y capacitación continua.
3. Incrementar la oferta de horas de enfermería para la atención de consultorio prenatal.

4. Existencia de Interconsultores, para la atención de madres adolescentes (ej: Psiquiatra, Psicólogo, Nutricionista, Infectología).

Indicadores al finalizar el primer año:

1. Incrementar en un 80% las hs. médicas acordes a las necesidades de cada especialidad.
2. Incrementar en un 80% las hs. de enfermería, para la atención en consultorio.
3. Incentivo salarial del 50%, según rendimiento por capacitación y formación, tanto para médicos, como enfermeros; valorando el desempeño de cada talento.

6. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA en relación al proyecto y a la intervención específica que se prevé

ANÁLISIS FODA

INTERNAS	EXTERNAS
FORTALEZAS • Partos patológicos que requieren internación en neo. • Incorporación de Residentes, con rotaciones/pasantías por centros de mayor complejidad, estimula a la actualización continua del resto del personal. • Gran expectativa, por mejoras en consenso con el jefe de servicio. • Poseer mayor complejidad que el sector privado.	OPORTUNIDADES • Alta demanda de consulta de madre adolescente. • Alto número de embarazo sin control. • Existencia de Programas de Educación sexual y reproductiva. • Grandes expectativas de Región Sanitaria VI, del Ministerio, en conjunto con el Plan Federal, para disminuir la TMI • La existencia de ámbitos compartidos por los Ministros de Salud (COFESA) permite que se comparen resultados y progresos lo que favorece a la equidad • Existencia de fondos disponibles provenientes del Plan Nacer y de Unicef.
DEBILIDADES • Mala distribución de horas médicas. • Mala distribución de horas de enfermería. • Dirección del hospital poco comprometida con la actividad asistencial diaria. • Poco incentivo económico para médicos y enfermeras. • Poco compromiso político, para mejoras de la situación dentro del Servicio. • Poco compromiso médico para el seguimiento de los pacientes • Falta de un líder local (personal provincial/municipal) para favorecer los cambios a corto y mediano plazo. • No continuidad de Autoridades dificulta la capacitación del personal y la continuidad de los programas.	AMENAZAS • Poca implementación de políticas sanitarias en relación a embarazos adolescentes. • Poca implementación en el seguimiento de Embarazos adolescentes con patología • Poca implementación de políticas sanitarias en relación al seguimiento de neonato con patología • Poca voluntad de dirección para gestionar el completar el plantel de enfermería. • Bajo sueldo en la provincia • Falta de voluntad en la dirección de hospitales para completar plantel de médicos. • Sin el aval político el Programa no puede implementarse.

7. Actividades y cronograma

- Tabla de actividades de cada objetivo específico**

1. Mejorar el proceso de atención de los embarazos en las adolescentes

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Convocatoria de todos los actores involucrados en los procesos de atención de las adolescentes embarazadas.	Director Ejecutivo y Jefes de: Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Salud Mental y Servicio Social	Actores convocados a talleres: 1 mes
2	Realización de los talleres para el análisis y la formulación de las normas de los protocolos de atención y de referencia y contra referencia	Jefes de servicio, sala y unidades de: Obstetricia y Neonatología Secretario de Salud del Municipio	Talleres realizados (Protocolos): 2 mes
3	Elaboración del protocolo de atención.	Jefes de servicio, sala y unidades de Obstetricia y Neonatología	Existencia de Protocolo: 1 mes
4	Implementación de los protocolos del proceso de atención en el consultorio de atención prenatal	Jefes de servicio, sala y unidades de Obstetricia y Neonatología	Nuevo Protocolo de proceso de atención: 2 meses
5	Monitoreo, evaluación constante y posibles correcciones en el Protocolo de Procesos de atención	Jefes de servicio, sala y unidades de Neonatología	Protocolo definitivo: 6 meses

2a) Incrementar la oferta en un 100% de horas y competencias del Recurso Humano de enfermería para la implementación del Consultorio de Atención Prenatal, destinado a adolescentes:

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Sensibilización a decisores de la importancia del nombramiento	Director Ejecutivo, Jefa Servicio de Enfermería	2 meses
2	Valoración y definición de las cuestiones y partidas presupuestarias	Director de Hospitales, Ministro de Salud y de Economía de la Pcia. de Buenos Aires	Imputación Preventiva: 2 meses
3	Definición del Perfil de las Enfermeras a nombrar por desempeño y competencias	Jefa del Servicio de Enfermería	Perfil Definido: 15 días
4	Definición de las Bases del concurso y convocatoria para el nombramiento	Jefe de Personal	Vencimiento de convocatoria publicada: 1 mes
5	Realización del concurso: evaluación de los antecedentes y definición	Jefa de Enfermería y Jefe de personal	Acta del Comité evaluador: 15 días.
6	Evaluación del desempeño en el Consultorio de Atención Prenatal	Jefa de Enfermería	Actas de evaluación: 1 mes
8	Formalización de Nombramiento	Ministerio de Salud	Nombramiento de planta perteneciente al Ministerio de Salud, destinado al Hospital: 6 meses.

2b) Incrementar en un 50% las horas y las competencias médicas y obstétrico para la atención del Consultorio Prenatal, destinado a adolescentes, en el primer año.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Sensibilización a decisores de la importancia del nombramiento	Director Ejecutivo, Jefe Servicio de Obstetricia, Neonatología y Pediatría	2 meses
2	Valoración y definición de las cuestiones y partidas presupuestarias	Director de Hospitales, Ministro de Salud y de Economía de la Pcia. de Buenos Aires	Imputación Preventiva: 2 meses
3	Definición del Perfil de los Médicos Obstetras, Pediatras, Neonatólogos a nombrar (titulación y competencias: conocimientos, habilidades y actitudes).	Jefe del Servicio de Obstetricia, Neonatología y Pediatría	Perfil Definido: 15 días
4	Definición de las Bases del concurso y convocatoria para el nombramiento	Jefe de Personal	Vencimiento de convocatoria publicada: 1 mes
5	Realización del concurso: evaluación de los antecedentes y definición	Jefe de Obstetricia, Neonatología, Pediatría y Jefe de Personal	Acta del Comité evaluador: 15 días.
6	Evaluación del desempeño en sus funciones en el Consultorio	Jefes de Obstetricia, Neonatología y Pediatría	Actas de evaluación: 1 mes
7	Formalización de Nombramiento	Ministerio de Salud	Nombramiento de planta perteneciente al Ministerio de Salud, destacado al Hospital AAE de Ezeiza: 6 meses.

2c) Capacitar los RRHH médicos y no médico, para el Consultorio de Atención Prenatal, del Hospital AAE de Ezeiza.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Identificación y denominación de la población Objetivo	Jefes de Servicio de Obstetricia, Neonatología y Pediatría	1 mes
2	Establecimiento de las competencias que requiere el perfil del RRHH a capacitar	Jefe de Docencia e Investigación, docencia de la Sub secretaria de maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación	15 días
3	Definición del Programa educativo: objetivos, contenidos, metodología de la capacitación, duración del programa.	Jefes de Obstetricia, Neonatología, Pediatría y de Docencia e Investigación	15 días
4	Evaluar acorde al programa las competencias/desempeño del Personal	Jefes de Obstetricia, Neonatología y Pediatría	3 meses

• **Cronograma: diagrama de Gantt**

Nº	Actividad	Meta												
			1 mes	2 mes	3 mes	4 mes	5 mes	6 mes	7 mes	8 mes	9 mes	10 mes	11 mes	12 mes
1	Convocatoria de todos los actores involucrados en los procesos de atención de las adolescentes embarazadas.	1 mes												
2	Realización de los talleres para el análisis y la formulación de las normas de los protocolos de atención	2 mes												
3	Elaboración del protocolo de atención.	1 mes												
4	Implementación de los protocolos del proceso de atención en el consultorio de atención prenatal	2 meses												
5	Implementación de protocolo de referencia y contra referencia	2 meses												
6	Monitoreo, evaluación constante y posibles correcciones en el Protocolo de Procesos de atención	6 meses												
7	Sensibilización a decisores de la importancia del nombramiento	2 meses												
8	Valoración y definición de las cuestiones y partidas presupuestarias	2 meses												
9	Definición del Perfil de las Enfermeras a nombrar por desempeño y competencias	15 días												
10	Definición de las Bases del concurso y convocatoria para el nombramiento	1 mes												
11	Realización del concurso: evaluación de los antecedentes y definición	15 días.												
12	Evaluación del desempeño en el Consultorio de Atención Prenatal	1 mes												
13	Formalización de Nombramiento	6 meses												

14	Sensibilización a decisores de la importancia del nombramiento	2 meses														
15	Valoración y definición de las cuestiones y partidas presupuestarias	2 meses														
16	Definición del Perfil de los Médicos Obstetras, Pediatras, Neonatólogos a nombrar (titulación y competencias: conocimientos, habilidades y actitudes).	15 días														
17	Definición de las Bases del concurso y convocatoria para el nombramiento	1 mes														
18	Realización del concurso: evaluación de los antecedentes y definición	15 días.														
19	Evaluación del desempeño en sus funciones en el Consultorio	1 mes														
20	Formalización de Nombramiento	6 meses														
21	Identificación y denominación de la población Objetivo	1 mes														
22	Establecimiento de las competencias que requiere el perfil del RRHH a capacitar	15 días														
23	Definición del Programa educativo: objetivos, contenidos, metodología de la capacitación, duración del programa.	15 días														
24	Evaluar acorde al programa las competencias/desempeño del Personal	3 meses														

8. Mecanismo de evaluación

	INDICADOR	1/2 VERIFICACION
FIN: CONTRIBUIR CON LA DISMINUCION DE LA TMI/N	Tasa de Mortalidad Infantil Tasa de Mortalidad Neonatal % de Madres Adolescentes	Estadísticas vitales de natalidad y mortalidad de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Nación y Bs. As.
OBJETIVO: FORMACION DE CONSULTORIO DE ATENCION PRENATAL	-Lograr el 80% de atención la madre adolescente embarazada al cabo del 1° año de funcionamiento del consultorio. -Lograr el primer contacto con todos los especialistas antes del 6° mes de embarazo -Lograr el 100% de referencia y contra referencia de los embarazos de alto riesgo	-Registro de atención, en todas las especialidades involucradas en el consultorio de atención prenatal de adolescente embarazada -Registro de referencia y contra referencia en los CAPS y en el hospital.
COMPONENTES: -Selección del personal de salud por su competencias y desempeño -implementación de los protocolos y normas de atención -Implementación de protocolos de referencia y contra referencia	-% de médicos capacitados competentes para esas funciones -Puesta en marcha de protocolos y normas de atención -Puesta en marcha de protocolo de referencia y contra referencia	-Fichas competencias: actitudes, habilidades, conocimientos C.V /Antigüedad Desempeño -Registro de Historias Clínicas de adolescentes atendidas -Registro de referencia y contra referencia.
ACTIVIDADES: -Curso de capacitación para el personal de salud en el seguimiento de adolescente embarazadas -Realización de talleres para la formulación de protocolos y normas de atención de la adolescente embarazada	-Costos de los cursos de Capacitación para el personal de salud -Costo de los talleres de formulación de protocolos	-Registro de participantes en los cursos de capacitación -Registro de capacitadores -Obtención de protocolos de atención

9. Conclusiones:

La elevada Tasa de Mortalidad Infantil, dentro de ella la Neonatal y el incremento de la maternidad en la adolescencia son problemas de raíces complejas y múltiples, que requiere de la implementación de políticas sanitarias que colaboren fuertemente en la disminución de esas tasas.

En nuestro país, disponemos de un marco legal que permite a estas adolescentes acceder al sistema de salud en forma autónoma y con un marco de confidencialidad, como así también tienen garantizado el derecho a la Educación Sexual Integral. A pesar de esto, en las últimas décadas, con la implementación de las diferentes políticas sanitarias, la maternidad en la adolescencia se vio incrementada, llegando al 28 % y superando el promedio nacional (15.7%, en 2011). La mortalidad neonatal de nacidos de esta población alcanza el 35 % del total de defunciones de nuestro hospital.

Las altas tasas de maternidad adolescente, y su persistencia, son preocupantes debido a las consecuencias y peligros derivados para esa población, y el producto de su concepción. A la alta morbilidad materna, que se incrementa a menor edad de la adolescente, se suman los riesgos de prematuridad, bajo peso, patologías cardíacas y respiratorias en los niños.

La propuesta es ofrecerle a la adolescente embarazada una atención especial, con un equipo multidisciplinario, que pueda atender en conjunto sus necesidades médicas, sociales y culturales. Esto se lograría con la conformación de un *Consultorio de Atención Prenatal*, integrado por profesionales de la salud: Obstetras, Neonatólogos, Pediatras, Obstétricas, Nutricionistas, Trabajadoras Sociales, Psicólogas y Enfermeras, todos capacitados para tal fin, que trabajarían en forma coordinada para lograr que estas embarazadas, lleguen al parto en las mejores condiciones. Que éste sea óptimo, que se detecten precozmente los de alto riesgo. Y comenzar así, a colaborar desde otra perspectiva, con la disminución de la Mortalidad Infantil.

En el caso que la propuesta de organización del Consultorio de Atención Prenatal, sea aceptado por los Directivos del Hospital, y logre entrar en funciones. Y a corto plazo de su implementación, se obtengan resultados, como: captar al mayor número de adolescentes embarazadas, lograr incorporarlas al sistema y nominarlas, mejorando su acceso a la atención y como se pautó en los programas de actividades, llegar a término embarazos bien controlados, con nacimientos sin mayores complicaciones. Estaríamos dándole un al Hospital y su gente, un avance en la calidad de atención, con una mejor visión de la realidad, y comenzar así a colaborar con una política de salud que es primordial para el país, y llegar a descender la mortalidad infantil a un dígito.

Si se logran los objetivos planteados, este programa bien se podría replicar en otros hospitales de la región, con gran número de nacimiento y hacerlo luego extensivo a toda la Provincia de Buenos Aires.

10. Bibliografía

1. Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Argentina 2012. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>
2. UNICEF. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. "Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de políticas". Colombia, diciembre 2001. Disponible en
<http://es.scribd.com/doc/171659139/Embarazo-Adolescente-Argentina-VB>
3. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación. "Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Abril 2012". Disponible en
http://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington DC, 2004. Disponible en
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd29/genero.pdf>
5. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: "Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas". Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993; 44-62.
6. Ahued J, Lira J, Assad L. "La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública". Cir.Ciruj 2001; 69:300-3
7. Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil. 2011-2015. UNICEF. Disponible en
[http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal\(4\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal(4).pdf)
8. Plan para la reducción de la mortalidad materna infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación. 2010. Disponible en
<http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/>
9. Guía para la vigilancia de la mortalidad perinatal, infantil y de la niñez. El Salvador, C.A. mayo 2005. Disponible en
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia%20de%20Vigilancia%20Mortalidad%20perinatal%20infantil.pdf>
10. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2001.
11. Intervenciones basadas en evidencia en el contexto del continuo materno-recién nacido-niño menor de 2 meses. Organización Panamericana de la Salud "AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencia" Washington, D.C.: OPS, © 2009
12. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia /A. Miguel Larguía; Celia C. Lomuto; María Aurelia González; dirigido por A.

Miguel Larguía. 1a edición - Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, 2006. Segunda Edición Agosto 2007

13. Salud materno infantil 2011. Dirección de Información Sistematizada. Provincia de Buenos Aires. Departamento de Estadísticas Vitales y Demográficas. Jefa de Departamento Sra. Nélida

Nieto. http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/salud_materno_infantil_2011/archivos/mort_materna.htm.

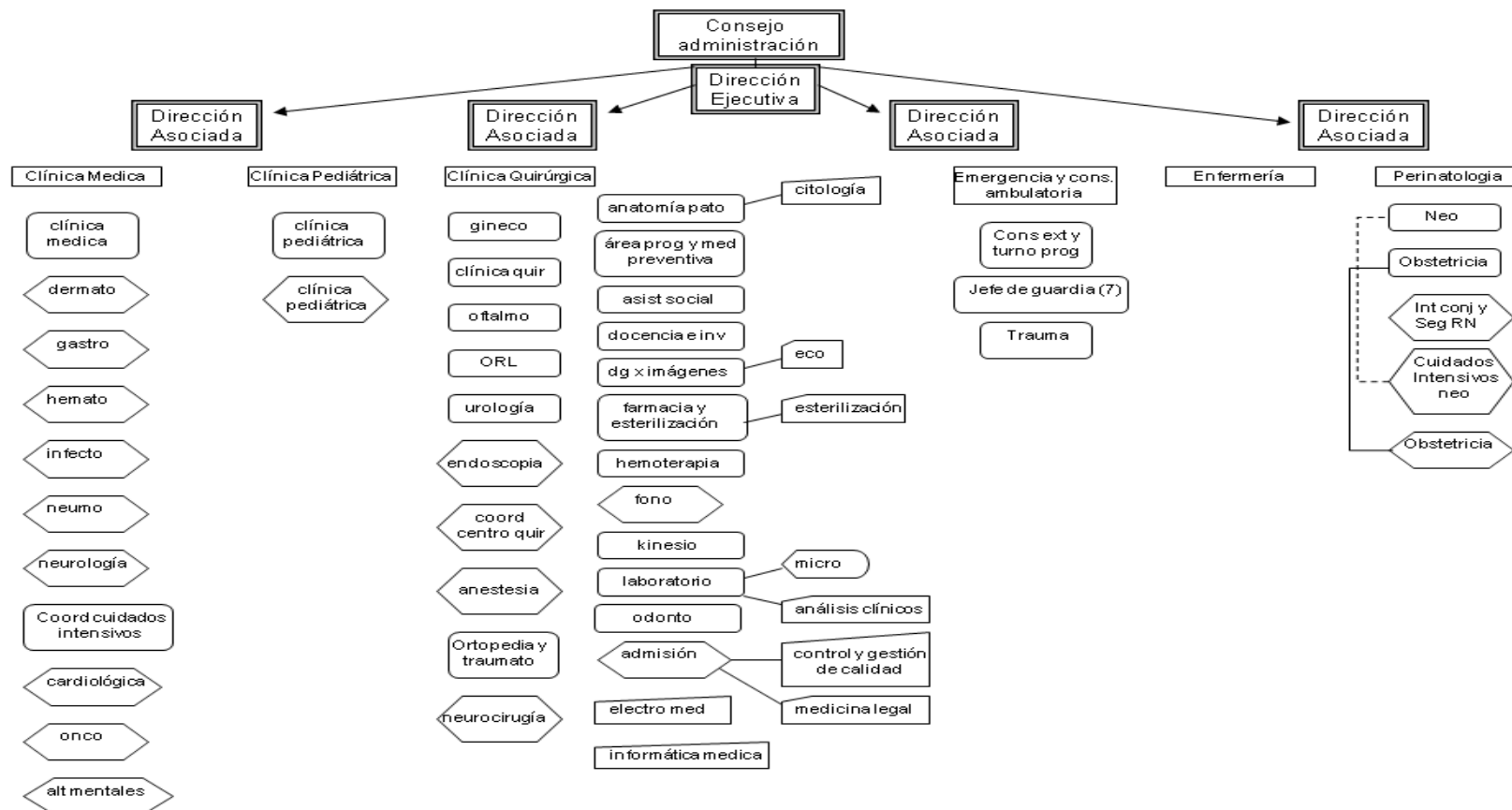
14. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2001. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud de la Familia y Población Salud del Adolescente Noviembre de 1998. Disponible en

http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS_0.pdf

15. Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2013. Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF Argentina. 2013. Disponible en <http://www.sap.org.ar/prof-saludmaternoinf.php>

11. ANEXOS

Anexo I - Organigrama



Anexo Nº 1

Anexo II - Definición de tasas

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)

Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad gratuita (a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor índice de mortalidad infantil)¹. (1. Objetivo del Milenio de las Naciones Unidas. (El N° 5))

Aunque la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, también se ha medido algunas veces en niños menores de 5 años. La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año es el más crítico en la supervivencia del ser humano: cuando se sobrepasa, las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente.

$$\text{Tasa de mortalidad infantil} = \frac{\text{Defunciones niños } < 1 \text{ año} \times 1000}{\text{Total de nacidos al año}}$$

Mortalidad Perinatal (TMP)

Es la proporción de defunciones perinatales en el total de nacimientos. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinatos u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). Es importante en este análisis si tenemos en cuenta que la mortalidad neonatal en la Provincia de Buenos Aires tiene un fuerte componente de mortalidad precoz y por otra parte preocupan las muertes fetales tardías. La tasa provincial es de 9.7‰ nacidos vivos, con un rango que se extiende entre 9 a 9.9‰ en el primer y tercer cordón del Conurbano. En general se observa un descenso respecto al año 2010.

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional y global y a nivel local si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa.

La tasa de mortalidad perinatal se calcula de la siguiente forma:

$$\text{TMP} = \frac{\text{Nº de defunciones perinatales} \times 100}{\text{Nº total de nacimientos}}$$

Datos requeridos: número de defunciones perinatales (nacidos muertos más defunciones neonatales en la primera semana de vida)

Mortalidad Neonatal:

La Mortalidad neonatal se debe en gran medida a causas relacionadas con el proceso reproductivo (endógenas) Es el deceso producido entre el Nacimientos (independiente de peso y edad gestacional) y los 0 a 28 días de vida.

Tasa mortalidad neonatal= $\frac{\text{Muerte de los RN vivos, de los 0 a 28 días de vida} \times 1000}{\text{Total de los Nacidos Vivos}}$

Se divide en:

***Precoz.** Desde el parto hasta la primera semana de vida. La ocurrida en las 1º 24 hs. de vida MNPI: se debe a asfixia, malas maniobras de reanimación, dificultad en la adaptación y por malformaciones cardíacas y pulmonares. Habla de la calidad de atención del parto y del Recién Nacido. La MNPII entre el 2 y 7º día de vida por la falta de capacidad de terapia de soporte.

Tasa de mortalidad neonatal = $\frac{\text{Muertes de RN vivos} < 7 \text{ días} \times 1000}{\text{Total de los Nacidos Vivos}}$
Precoz o temprana

***Tardía:** De los 8 a los 28 días de vida. Se relaciona con las condiciones ambientales y atención infantil

Tasa de mortalidad neonatal tardía= $\frac{\text{Muertes de RN entre 8 y 28 días} \times 1000}{\text{Total de los Nacidos Vivos}}$

Mortalidad Materna:

Es la muerte de la mujer por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, parto o puerperio; excluyendo las accidentales. Es un indicador que mide tanto el riesgo obstétrico como la frecuencia con la que las mujeres están expuestas a ese riesgo.

Tasa de Mortalidad Materna = $\frac{\text{Defunciones maternas por causa obstétrica} \times 10000}{\text{Nº de mujeres en edad fértil}}$

Mujeres en edad fértil: comprendidas entre 10 y 49 años.

A efectos de expresar la verdadera dimensión del riesgo, la TMM (cuyo denominador es el número de mujeres en edad fértil) lo minimiza, pues no todas las mujeres en edad fértil se embarazan, y tampoco lo hacen todos los años. Por lo tanto, para poder comparar las diferentes poblaciones deberíamos ajustar los denominadores de acuerdo a las tasas de fecundidad.

La **tasa de fecundidad general** es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período (año) y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año).

Anexo III - Tasas específicas de mortalidad

TASA DE ESPECIFICA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN AREA DE RESIDENCIA Y EDAD DE LA MADRE

DEIS - PROVINCIA DE BUENOS AIRES - 2011

AREA	GRUPO DE EDAD							
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 y más
Conurbano	22,3	6,4	4,3	3,5	3,6	3,5	4,8	1,7
1er. Cordón	0,0	5,1	3,2	1,9	1,9	2,5	4,9	6,3
2do. Cordón	29,2	6,9	4,5	4,0	4,3	4,0	5,0	0,0
3er. Cordón	0,0	4,7	4,0	3,9	3,2	2,8	3,4	0,0
Resto Pcia.	22,9	7,8	5,7	3,6	3,2	3,5	5,2	15,5
Total Pcia.	22,5	6,8	4,6	3,5	3,5	3,5	4,9	5,1

TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DEIS - PROVINCIA DE BUENOS AIRES - 2011

AREA	Sin Inst.	PRIMARIO		SECUNDARIO		UNIVERSITARIO	
		Incom.	Comp.	Incom.	Comp.	Incom.	Comp.
Conurbano	25,2	9,0	6,3	4,9	3,4	2,0	1,6
1er. Cordón	0,0	9,9	5,6	2,9	2,2	0,0	1,9
2do. Cordón	26,9	9,8	6,5	5,5	3,9	3,0	1,2
3er. Cordón	44,4	4,0	6,0	4,2	2,5	2,2	2,1
Resto Pcia.	10,3	7,5	7,6	6,1	4,2	2,1	1,6
Total Pcia.	45,4	10,1	6,8	4,6	4,0	2,7	2,0

TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN AREA DE RESIDENCIA Y PESO AL NACER PROVINCIA DE BUENOS AIRES - 2011

AREA	MENOS 1000	1000 A 1499	1500 A 1999	2000 A 2499	2500 A 2999	3000 A 3499	3500 A 3999	4000 A 4499	4500 A 4999	5000 y más
Conurbano	526,0	160,0	51,5	17,6	5,9	2,5	1,9	1,8	1,7	26,2
1er. Cordón	556,1	150,6	42,2	13,7	4,4	1,9	1,4	1,7	2,6	0,0
2do. Cordón	516,3	161,1	53,8	18,4	6,1	2,5	1,9	1,8	1,2	34,7
3er. Cordón	530,3	175,2	55,9	20,8	7,7	3,5	2,9	1,4	3,8	0,0
Resto Pcia.	488,1	132,8	41,7	19,9	5,9	2,2	1,9	1,2	0,0	0,0
Total Pcia.	516,4	152,3	48,6	18,2	5,9	2,4	1,9	1,6	1,0	21,4

**DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN REGION SANITARIA DE RESIDENCIA Y EDAD DE LA MADRE
PROVINCIA DE BUENOS AIRES - 2011**

REGION SANITARIA	GRUPO DE EDAD									
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 y más	S/Esp.	TOTAL
I	0	10	22	12	14	11	2		32	103
II	0	5	7	4	1	2	-		28	47
III	0	2	7	5	4	3	1		16	38
IV	0	7	11	5	2	2	1	1	75	104
V	2	44	77	46	35	24	9	0	500	737
VI	5	73	75	62	69	24	15	1	670	994
VII	3	44	60	36	31	25	7	0	299	505
VIII	2	23	24	10	15	7	4	1	112	198
IX	0	1	2	0	0	2	0	0	57	62
X	1	7	8	8	4	0	1	0	25	54
XI	1	27	24	26	22	13	4	1	152	270
XII	1	20	24	21	18	9	5	0	201	299
Sin Esp.									12	12
TOTAL PCIA.	15	263	341	235	215	122	49	4	2179	3423

**MORTALIDAD PERINATAL Y SUS COMPONENTES
SEGUN REGION DE RESIDENCIA - 2011**

REGION SANITARIA	NACIDO VIVO	DEF. <7 DÍAS	T.M.N. TEMPRANA	DEF Neo <28 DIAS	T.M.N. TARDIA	DEF PERINATAL	T.M PERINATAL
I	10.332	55	5,3	37	3,6	92	8,9
II	4.105	24	5,8	28	6,8	52	12,7
III	3.894	16	4,1	13	3,3	29	7,4
IV	9.736	38	3,9	33	3,4	71	7,3
V	62.845	325	5,2	260	4,1	585	9,3
VI	76.285	424	5,6	311	4,1	735	9,6
VII	42.813	213	5,0	200	4,7	413	9,6
VIII	18.346	75	4,1	63	3,4	138	7,5
IX	4.881	31	6,3	22	4,5	53	10,9
X	5.304	25	4,7	14	2,6	39	7,4
XI	23.413	102	4,4	73	3,1	175	7,5
XII	29.526	121	4,1	156	5,3	277	9,4
	614	5		162	///	167	///
Total Prov.	292.094	1.454	5,0	1.372	4,7	2.826	9,7

NACIDOS VIVOS Y TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS SEGUN REGION Y PARTIDO DE RESIDENCIA - 2011

PARTIDO DE RESIDENCIA	NACIDO VIVO	DEF. <1 AÑO	T.MORT. INF.	DEF 1 a 4	DEF < 5 AÑOS	T.M.M.5
ALMIRANTE BROWN	11.283	151	13,4	6	157	13,9
AVELLANEDA	5.995	86	14,3	5	91	15,2
BERAZATEGUI	6.313	83	13,1	11	94	14,9
ESTEBAN ECHEVERRIA	6.628	71	10,7	8	79	11,9
FLORENCIO VARELA	9.463	144	15,2	16	160	16,9
JOSE MARIA EZEIZ	3.829	54	14,1	8	62	16,2
LANUS	7.649	89	11,6	9	98	12,8
LOMAS DE ZAMORA	13.503	166	12,3	13	179	13,3
QUILMES	11.622	150	12,9	21	171	14,7
REGION SANITARIA VI	76.285	994	13,0	97	1091	14,3

NACIDOS VIVOS Y TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS SEGUN REGION Y PARTIDO DE RESIDENCIA – 2011

PARTIDO DE RESIDENCIA	NACIDO VIVO	DEF. <1 AÑO	T.MORT. INF.	DEF 1 a 4	DEF < 5 AÑOS	T.M.M.5
ALMIRANTE BROWN	11.283	151	13,4	6	157	13,9
AVELLANEDA	5.995	86	14,3	5	91	15,2
BERAZATEGUI	6.313	83	13,1	11	94	14,9
ESTEBAN ECHEVERRIA	6.628	71	10,7	8	79	11,9
FLORENCIO VARELA	9.463	144	15,2	16	160	16,9
JOSE MARIA EZEIZ	3.829	54	14,1	8	62	16,2
LANUS	7.649	89	11,6	9	98	12,8
LOMAS DE ZAMORA	13.503	166	12,3	13	179	13,3
QUILMES	11.622	150	12,9	21	171	14,7
REGION SANITARIA VI	76.285	994	13,0	97	1091	14,3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DEFUNCIONES INFANTILES SEGÚN REGION SANITARIA DE RESIDENCIA Y EDAD DE LA MADRE PROVINCIA DE BUENOS AIRES – 2011

REGION SANITARIA	GRUPO DE EDAD								TOTAL
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 y más	
I	0,0	14,1	31,0	16,9	19,7	15,5	2,8		100,0
II		26,3	36,8	21,1	5,3	10,5	0,0		100,0
III	0,0	9,1	31,8	22,7	18,2	13,6	4,5		100,0
IV	0,0	24,1	37,9	17,2	6,9	6,9	3,4	3,4	100,0
V	0,8	18,6	32,5	19,4	14,8	10,1	3,8	0,0	100,0
VI	1,5	22,5	23,1	19,1	21,3	7,4	4,6	0,3	100,0
VII	1,5	21,4	29,1	17,5	15,0	12,1	3,4	0,0	100,0
VIII	2,3	26,7	27,9	11,6	17,4	8,1	4,7	1,2	100,0
IX	0,0	20,0	40,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0	100,0
X	3,4	24,1	27,6	27,6	13,8	0,0	3,4	0,0	100,0
XI	0,8	22,9	20,3	22,0	18,6	11,0	3,4	0,8	100,0
XII	1,0	20,4	24,5	21,4	18,4	9,2	5,1	0,0	100,0
TOTAL PCIA.	1,2	21,1	27,4	18,9	17,3	9,8	3,9	0,3	100,0

**DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN REGION SANITARIA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION DEMADRE
PROVINCIA DE BUENOS AIRES – 2011**

REGION SANITARIA	Sin Inst.	PRIMARIO		SECUNDARIO		UNIVERSITARIO		Sin Esp.	TOTAL
		Incom.	Comp.	Incom.	Comp.	Incom.	Comp.		
I	0	2	27	21	16	1	4	32	103
II	2	1	4	7	5	0	2	26	47
III	0	1	7	8	4	1	1	16	38
IV	0	1	16	6	7	1	0	73	104
V	0	0	2	2	1	0	1	56	62
VI	5	16	114	71	55	4	9	463	737
VII	4	25	149	77	70	9	10	650	994
VIII	1	16	75	59	44	1	8	301	505
IX	0	7	32	29	19	4	5	102	198
X	0	1	11	6	7	0	1	28	54
XI	1	7	54	22	28	6	7	145	270
XII	0	5	40	24	26	6	3	195	299
Sin Esp.	0	0	0	0	0			12	12
TOTAL PCIA.	13	82	531	332	282	33	51	2.099	3423

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN REGION SANITARIA DE
RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE PROVINCIA DE BUENOS AIRES – 2011**

REGION SANITARIA	Sin Inst.	PRIMARIO		SECUNDARIO		UNIVERSITARIO		TOTAL
		Incom.	Comp.	Incom.	Comp.	Incom.	Comp.	
I		2,8	38,0	29,6	22,5	1,4	5,6	100,0
II	9,5	4,8	19,0	33,3	23,8	0,0	9,5	100,0
III	0,0	4,5	31,8	36,4	18,2	4,5	4,5	100,0
IV	0,0	3,2	51,6	19,4	22,6	3,2	0,0	100,0
V	0,0	0,0	33,3	33,3	16,7	0,0	16,7	100,0
VI	1,8	5,8	41,6	25,9	20,1	1,5	3,3	100,0
VII	1,2	7,3	43,3	22,4	20,3	2,6	2,9	100,0
VIII	0,5	7,8	36,8	28,9	21,6	0,5	3,9	100,0
IX	0,0	7,3	33,3	30,2	19,8	4,2	5,2	100,0
X	0,0	3,8	42,3	23,1	26,9	0,0	3,8	100,0
XI	0,8	5,6	43,2	17,6	22,4	4,8	5,6	100,0
XII	0,0	4,8	38,5	23,1	25,0	5,8	2,9	100,0
TOTAL PCIA.	1,0	6,2	40,1	25,1	21,3	2,5	3,9	100,0

DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN REGION SANITARIA DE RESIDENCIA Y PESO AL NACER
PROVINCIA DE BUENOS AIRES - 2011

REGION SANITARIA	Menos 1000	1000 A 1499	1500 A 1999	2000 A 2499	2500 A 2999	3000 A 3499	3500 A 3999	4000 A 4499	4500 A 4999	5000 y más	Sin Esp.	TOTAL
I	26	11	11	6	14	7	4	1	0		23	103
II	2	9	2	4	5	3	0	1	0		21	47
III	7	2	2	2	5	5	2	0			13	38
IV	12	4	9	10	12	10	5	0			42	104
V	122	72	40	59	53	64	24	8	1	0	294	737
VI	202	75	72	65	80	78	33	8	2	3	376	994
VII	83	54	32	36	44	41	37	6	1	2	169	505
VIII	28	13	8	15	17	12	11	2			92	198
IX	7	3	2	2	5	2	1	0			40	62
X	8	7	5	6	4	4	2	1		0	17	54
XI	54	26	16	29	32	25	19	1		0	68	270
XII	49	33	22	19	22	19	13	4	0	0	118	299
Sin Esp.		1,00									11	12
TOTAL PCIA.	600	310	221	253	293	270	151	32	4	5	1.284	3423

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES INFANTILES SEGUN REGION SANITARIA
DE RESIDENCIA Y PESO AL NACER PROVINCIA DE BUENOS AIRES – 2011

REGION SANITARIA	Menos 1000	1000 A 1499	1500 A 1999	2000 A 2499	2500 A 2999	3000 A 3499	3500 A 3999	4000 A 4499	4500 A 4999	5000 y más	TOTAL
I	32,5	13,8	13,8	7,5	17,5	8,8	5,0	1,3			100,0
II	7,7	34,6	7,7	15,4	19,2	11,5	0,0	3,8			100,0
III	28,0	8,0	8,0	8,0	20,0	20,0	8,0	0,0			100,0
IV	19,4	6,5	14,5	16,1	19,4	16,1	8,1	0,0			100,0
V	27,5	16,3	9,0	13,3	12,0	14,4	5,4	1,8	0,2	0,0	100,0
VI	32,7	12,1	11,7	10,5	12,9	12,6	5,3	1,3	0,3	0,5	100,0
VII	24,7	16,1	9,5	10,7	13,1	12,2	11,0	1,8	0,3	0,6	100,0
VIII	26,4	12,3	7,5	14,2	16,0	11,3	10,4	1,9			100,0
IX	31,8	13,6	9,1	9,1	22,7	9,1	4,5				100,0
X	21,6	18,9	13,5	16,2	10,8	10,8	5,4	2,7			100,0
XI	26,7	12,9	7,9	14,4	15,8	12,4	9,4	0,5		0,0	100,0
XII	27,1	18,2	12,2	10,5	12,2	10,5	7,2	2,2	0,0	0,0	100,0
TOTAL PCIA.	28,1	14,5	10,3	11,8	13,7	12,6	7,1	1,5	0,2	0,2	100,0

MORTALIDAD PERINATAL Y SUS COMPONENTES POR REGION SANITARIA Y POR PARTIDO
DE RESIDENCIA - 2011

PARTIDO DE RESIDENCIA	NACIDO VIVO	DEF. <7 DÍAS	T.M.N. TEMPRANA	DEF fet <28 DIAS	T.M.N. TARDIA	DEF PERINATAL	T.M PERINATAL
ALMIRANTE BROWN	11.283	73	6,5	49	4,3	122	10,8
AVELLANEDA	5.995	38	6,3	12	2,0	50	8,3
BERAZATEGUI	6.313	34	5,4	13	2,1	47	7,4
ESTEBAN ECHEVERRIA	6.628	22	3,3	30	4,5	52	7,8
FLORENCIO VARELA	9.463	52	5,5	49	5,2	101	10,7
JOSE MARIA EZEIZ	3.829	26	6,8	14	3,7	40	10,4
LANUS	7.649	37	4,8	40	5,2	77	10,1
LOMAS DE ZAMORA	13.503	71	5,3	63	4,7	134	9,9
QUILMES	11.622	71	6,1	41	3,5	112	9,6
REGION SANITARIA VI	76.285	424	5,6	311	4,1	735	9,6

**SERIA DE MORTALIDAD INFANTIL
2001-2011**

PARTIDOS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Poblacion 2010
TOTAL PROVINCIA	14,8	15,7	16,2	13	12,9	12,5	13,5	12,29	12,4	12,0	11,7	15625084
LA MATANZA	15,9	16,0	16,5	14,1	13,3	12,4	13,2	11,8	12,3	11,4	10,1	1775816
LA PLATA	14,6	15,4	14,3	10,9	12,4	13,7	13,2	13,2	11,8	12,6	10,7	654324
GENERAL PUEYRREDON	13,5	13,3	14,0	11,6	11,4	11,6	8,9	10,6	9,9	9,3	11,5	618989
LOMAS DE ZAMORA	16,0	17,2	16,4	12,3	11,5	13,0	16,1	12,2	13,0	11,5	12,3	616279
QUILMES	13,8	17,7	16,1	14,9	17,0	13,7	16,2	13,0	11,2	9,9	12,9	582943
ALMIRANTE BROWN	16,0	16,6	18,0	17,4	15,2	12,4	12,2	12,7	13,8	12,1	13,4	552902
MERLO	20,4	18,6	19,8	13,2	18,0	13,0	17,8	13,9	18,0	13,9	11,4	528494
LANUS	15,9	16,3	14,8	11,3	11,7	12,7	11,5	9,3	13,1	10,6	11,6	459263
MORENO	17,9	17,4	20,3	15,9	14,8	17,4	15,5	12,1	15,0	14,1	13,5	452505
FLORENCIO VARELA	16,0	16,1	16,3	13,7	14,1	16,2	16,9	15,7	12,6	13,4	15,2	426005
GENERAL SAN MARTIN	15,7	15,2	21,0	13,3	12,0	13,6	13,7	9,2	9,1	11,7	10,9	414196
TIGRE	16,8	18,5	16,2	12,4	13,8	12,4	16,2	11,2	12,5	12,9	11,8	376381
AVELLANEDA	14,9	15,8	16,8	13	10,4	9,9	9,7	14,0	13,5	12,7	14,3	342677
TRES DE FEBRERO	10,0	13,5	12,8	11,6	11,7	11,1	11,0	10,4	10,3	10,7	13,3	340071
BERAZATEGUI	13,7	18,6	20,0	13,4	15,5	14,1	13,7	15,2	14,3	17,9	13,1	324244
MALVINAS ARGENTINAS	16,9	16,9	20,6	15,5	15,8	18,4	14,0	13,8	14,4	10,7	11,4	322375
MORON	16,3	13,7	15,6	11,6	8,6	9,9	11,1	10,2	10,5	13,1	9,9	321109
BAHIA BLANCA	9,0	13,0	13,9	12,6	12,4	12,2	12,3	9,6	10,5	9,6	11,7	301572
ESTEBAN ECHEVERRIA	16,8	18,4	18,1	16,3	12,2	13,3	13,6	13,4	13,5	12,0	10,7	300959
PILAR	16,6	16,5	19,2	13,5	13,8	17,3	15,0	11,5	13,2	11,2	13,6	299077
SAN ISIDRO	9,6	11,8	10,4	7,8	10,5	8,2	10,5	10,9	8,4	9,5	8,0	292878
SAN MIGUEL	16,6	12,5	23,7	11,2	14,6	12,3	13,1	12,6	12,7	9,2	11,9	276190
VICENTE LOPEZ	11,3	9,4	11,8	5,2	6,1	6,4	7,3	9,7	5,7	7,6	7,5	269420
JOSE C.PAZ	13,6	19,0	25,1	18,7	17,9	16,4	17,0	16,2	12,4	14,1	13,7	265981
ESCOBAR	15,1	16,5	16,9	13,9	12,4	10,7	14,7	16,7	13,6	13,4	12,5	213619
HURLINGHAM	11,0	15,3	14,1	12,9	12,0	10,4	12,7	11,5	15,1	14,1	11,1	181241
ITUZAINGO	16,0	11,9	10,4	13,9	9,8	6,4	14,0	13,3	9,8	6,6	9,2	167824
EZEIZA	23,4	22,0	20,5	9,7	13,4	10,2	19,2	12,5	11,6	18,3	14,1	163722