

INTERVENCIONES SANITARIAS

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 10 de mayo de 2021
FECHA DE ACEPTACIÓN: 15 de junio de 2021
FECHA DE PUBLICACIÓN: 01 de noviembre
de 2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Dirección
Nacional de Maternidad, Infancia y
Adolescencia, Ministerio de Salud de la
Nación, Argentina.

* AUTORA DE CORRESPONDENCIA:
dianafarina01@gmail.com

CATEGORIZACIÓN DE LAS MATERNIDADES PRIVADAS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, ARGENTINA: ¿UNA INTERVENCIÓN SANITARIA REPRODUCIBLE?

Private maternity hospital categorization in the province of Mendoza, Argentina: a reproducible health intervention?

* Diana Fariña¹. Médica neonatóloga, Mag. en Economía y Gestión de la Salud.
Mónica Rinaldi^{2,3}. Médica pediatra y neonatóloga, Especialista en Salud Pública.
Isabel Kurlat⁴. Médica neonatóloga.
Oscar Sagás³. Médico cirujano, Mag. en Dirección y Administración en Servicios de Salud.
Marcela Aréchaga⁴. Lic. en Psicología.
Mariana Duhau⁴. Médica pediatra, Mag. en Salud Pública.

¹ Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

² Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

³ Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza, Argentina.

⁴ Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Las instituciones públicas de salud adhieren a los acuerdos federales y a las resoluciones ministeriales sobre políticas en salud perinatal, pero no existe información sobre su cumplimiento en instituciones privadas. La provincia de Mendoza detectó peores resultados de sobrevivencia de niños prematuros y de mortalidad materna en instituciones privadas, por lo que solicitó la colaboración del Ministerio de Salud de la Nación para efectuar una evaluación categorizante. El objetivo de esta intervención sanitaria fue categorizar las maternidades privadas de la provincia y comparar su impacto en los recién nacidos (RN) prematuros. MÉTODOS: Se categorizaron todas las maternidades y se efectuó una evaluación prospectiva y transversal de la intervención sanitaria. Se analizó el cumplimiento de las resoluciones ministeriales y se evaluó la evolución de los RN de ≤ 1500 gramos. RESULTADOS: Se pudieron categorizar 10 de las 20 instituciones estudiadas. El resto de las instituciones debieron efectuar cambios para acceder a una categoría. La mayoría no cumplía con estándares de planta física, equipamiento, calidad, seguridad y recurso humano. Los nacimientos de prematuros en maternidades privadas de alta complejidad aumentaron de 74% a 87% ($p < 0,05$), y su mortalidad disminuyó de 35% a 32% ($p > 0,05$ no significativo). DISCUSIÓN: La provincia de Mendoza logró llevar a cabo una intervención novedosa en el sector privado de salud. Esta intervención sanitaria se mostró efectiva, con resultados favorables sobre todo en la atención de los RN más vulnerables.

PALABRAS CLAVE: Salud Materna; Recién Nacido Prematuro; Cobertura de Servicios Privados de Salud; Evaluación de la Calidad de Atención en Salud

ABSTRACT. INTRODUCTION: Public institutions in Argentina comply with federal regulations and ministerial standards on perinatal health policies, but there is no information on compliance in the private health care system (PHCS). Due to worse results in very low birth weight (VLBW) infant survival and increased maternal mortality rates in PHCS, the province of Mendoza requested the collaboration of the National Ministry of Health for a categorizing evaluation. The objective of this health intervention was to categorize private maternity hospitals in the province and to compare the impact on VLBW infants. METHODS: All private maternity hospitals were categorized, and a prospective and cross-sectional evaluation of health intervention was performed. Compliance with ministerial standards was analyzed, and outcome of VLBW infants with ≤ 1500 grams was evaluated. RESULTS: Ten out of the twenty institutions were categorized. The remaining ones needed changes to obtain a category. The majority did not meet the standards regarding physical plant, equipment, quality, safety and human resources. Births of VLBW infants in high complexity PHCS increased from 74% to 87% ($p < 0.05$), and mortality in this group decreased from 35% to 32% ($p > 0.05$ NS). DISCUSSION: Mendoza underwent an unprecedented intervention in PHCS. This health intervention was effective, with favorable results especially in providing care for the most vulnerable newborns.

KEY WORDS: Maternal Health; Premature Infant; Private Health Care Coverage; Health Care Quality Assessment

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino se caracteriza por la fragmentación y descentralización en la prestación de servicios^{1,2}. Estas dos características impactan en la salud materno-infantil. Gracias a los acuerdos federales, las provincias han ido adhiriendo a políticas públicas de organización de la salud perinatal, entre ellas la regionalización de la atención perinatal y la aplicación de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE, Resolución 670/2019)^{3,4}. Regionalizar implica categorizar las instituciones según nivel de complejidad, establecer redes de atención y contar con un sistema de traslado adecuado⁵. Todas las maternidades públicas de Argentina se encuentran categorizadas, y un 70-80% de los partos se producen en la institución que corresponde según el nivel de riesgo de la madre o del recién nacido (RN). Esta política sanitaria, que ha contribuido a disminuir la mortalidad materna y neonatal, no se encuentra establecida para las instituciones privadas del país⁵. En 2016 la Dirección de Maternidad e Infancia de Mendoza detectó mayor mortalidad en RN \leq 1500 gramos en las instituciones privadas (37% vs. 31% en el sector público) y la muerte de un elevado número de madres en una entidad de ese ámbito. Estas dos circunstancias llevaron a las autoridades sanitarias a solicitar la colaboración de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación (DINAMIA) para efectuar una evaluación categorizante de las maternidades privadas (similar a la realizada en las maternidades públicas en los años 2010-2011)^{4,6} y determinar la capacidad de atención de cada una de las instituciones. El objetivo de esta intervención sanitaria fue categorizar las maternidades de las instituciones privadas de la provincia de Mendoza y evaluar el impacto de esta estrategia en los prematuros de muy bajo peso.

MÉTODOS

Se categorizaron todas las maternidades y se efectuó una evaluación prospectiva y transversal de la intervención sanitaria. Se analizó el cumplimiento de las resoluciones ministeriales y se evaluó la evolución de los RN de \leq 1500 gramos. En lo que respecta al diseño de la intervención, las acciones fueron acordadas y planificadas por la DINAMIA y la Dirección de Maternidad e Infancia de Mendoza, a saber:

- 1) Reuniones de articulación entre DINAMIA y autoridades de la provincia de Mendoza.
- 2) Elaboración conjunta de un documento de acuerdo entre Nación (Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia) y Provincia (Secretaría de Salud, Dirección de Maternidad e Infancia), explicitando el alcance, la implementación y la medición de resultados.
- 3) Reunión de presentación de la estrategia de categorización ante los principales actores involucrados (directores de las instituciones, jefes de servicio).
- 4) Acuerdo del Ministerio de Salud de Mendoza con la obra social provincial, obras sociales sindicales y entidades

de medicina prepaga.

- 5) Constitución del equipo de trabajo provincial: neonatólogo, enfermera neonatal, obstetra, obstétrica.
- 6) Elaboración de instrumento para efectuar la evaluación categorizante.
- 7) Designación formal por parte de la DINAMIA de un equipo de evaluadores nacionales que, junto con el equipo provincial, se capacitó en el uso del instrumento de evaluación.
- 8) Confección por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza del listado de los establecimientos privados en los que se efectúan partos. Aunque no era condición para categorizar una maternidad que esta cumpliera con las CONE ni que contara con la habilitación, ambos puntos serían informados al final del proceso.
- 9) Se estableció que en cada visita el grupo de evaluadores externos concurriría a realizar su tarea en las instituciones. A partir de la segunda visita, además, se efectuaría la devolución de los resultados. En esta instancia deberían estar presentes los responsables de la institución, de los servicios y las autoridades provinciales.
- 10) Finalizado el trabajo en terreno, se entregaría un informe con la categoría asignada, un listado de modificaciones, sugerencias de mejoras y problemas a resolver.
- 11) La categoría asignada podría ser otorgada con reparos, es decir, la categoría definitiva se otorgaría una vez resueltos los aspectos a mejorar.
- 12) El Ministerio de Salud provincial, por Resolución Ministerial, comunicaría la categoría asignada para conocimiento de los financiadores (obra social provincial, obras sociales sindicales y prepagas).

- Población: Todas las clínicas o sanatorios que atendieran partos y todos los RN prematuros de muy bajo peso (\leq 1500 gramos) nacidos en Mendoza en 2017 (preintervención) y 2019 (postintervención).
- Instrumentos: Las evaluaciones categorizantes se basaron en las resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación 348/2003⁷, 495/2014⁸ y 641/2012⁹, que instituyen los niveles de atención de las maternidades en II (embarazos y partos de bajo riesgo, con una edad gestacional mayor o igual a 35 semanas), IIIA (embarazos y partos de alto riesgo en instituciones con terapia intensiva de adultos, con una edad gestacional mayor o igual a 32 semanas) y IIIB (embarazos y partos de alto riesgo en instituciones con terapia intensiva de adultos, con una edad gestacional menor a 32 semanas). En el Cuadro 1 se enumeran los criterios para la categorización.
- Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva para resumir la población de estudio. Se informaron la media y desvío estándar (DE) para las variables continuas y los valores absolutos, y las proporciones para los datos categóricos. Para los datos demográficos, se recurrió a la prueba t de Student y la prueba X² de proporciones. Se utilizó Stata 13 (Stata Corp, College Station, Tx). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se evaluó la totalidad de las 20 instituciones privadas que contaban con maternidad. Solo el 50% de ellas cumplían con los estándares para ser categorizadas como IIIB (n=2), IIIA (n=1) y II (n=7). A las 10 maternidades restantes se les adjudicó con reparos la categoría IIIB (n=2), IIIA (n=1) y II (n=7). Dentro del grupo de instituciones categorizadas "con reparos" en 3 se suspendieron los partos hasta que efectuaran una serie de reformas y reunieran las condiciones suficientes. El porcentaje de cumplimiento de los aspectos evaluados se describe en la Tabla 1. En los establecimientos analizados, la media de partos por cesáreas fue de 71%, con un rango de 46% a 93%. Con respecto a la población de \leq 1500 gramos, la Tabla 2 compara los años 2017 y 2019 en lo que se refiere a lugar de nacimiento, traslados y sobrevivida. No hubo diferencia en las características demográficas entre los dos años. Aunque la comparación no fue estadísticamente significativa, en forma marginal se observó una mayor proporción de RN prematuros trasladados. Se observa el impacto positivo de la categorización en la cantidad de prematuros nacidos en maternidades privadas IIIB. La Figura 1 muestra que la proporción de prematuros nacidos en instituciones de alta complejidad fue claramente en aumento.

CUADRO 1. Criterios principales que componen la evaluación categorizante.

- Información general
1. Información básica de la institución: número de camas, número de partos anuales, quirófanos para partos y cesáreas, plazas en el servicio de neonatología, etc.
2. Cumplimiento o no de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE).
- Personal: Personal especializado
1. Disponible las 24 horas los 365 días del año.
2. Obstetras, obstétricas, enfermeros, neonatólogos.
3. Con experiencia suficiente.
4. Entrenado y con destrezas mantenidas en el tiempo.
- Planta física: Adecuada en tamaño al número de partos de la institución en todos los espacios destinados a la atención de embarazadas y recién nacidos (RN): centro obstétrico, salas de internación, terapia intensiva.
1. Sala de recepción del RN según normas (ejemplo: aire comprimido, saturómetro, calefacción adecuada).
2. Condiciones de seguridad eléctrica (tipo de conexión, interruptores sectorizados, llaves termoeléctricas por unidad o por sector, existencia de conexión a tierra efectiva).
3. Espacios definidos para el personal, para familiares y visitantes.
- Servicios de apoyo durante las 24 horas los 7 días de la semana: Radiología, Hemoterapia, Laboratorio, Farmacia. Se evalúa también limpieza e higiene, comunicaciones intrainstitucionales, informática y estadística.
- Equipamiento: Adecuado a la complejidad de los pacientes; suficiente en cantidad; mantenimiento adecuado; moderno o modernizable y seguro.
- Normas de funcionamiento: presencia de normativas institucionales para control de infecciones, régimen de identificación para los RN (ley 24540), mantenimiento de los kits de emergencia, algoritmos para reanimación cardiopulmonar (embarazada y RN), emergencias obstétricas como hemorragia materna e hipertensión.
- Normas de seguridad

TABLA 1. Nivel de cumplimiento de los aspectos seleccionados evaluados en las 20 maternidades privadas en la provincia de Mendoza, Argentina, 2018.

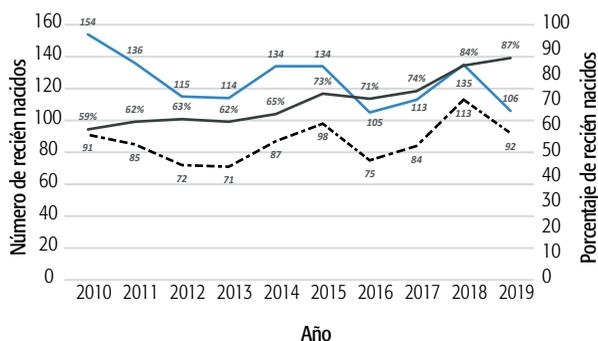
Aspecto evaluado	Cumplen	
	N	%
Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)	4	20
Planta física		
Lavamanos en lugares adecuados	19	94
Seguridad eléctrica	9	45
Presencia de aire comprimido en área de recepción del recién nacido (RN)	13	65
Mezcladores de aire y oxígeno en área de recepción del RN	8	40
Equipamiento e insumos		
Heladeras de uso diferenciado	7	35
Cajas prearmadas para la emergencia	8	40
Balón de Bakri	6	30
Cumplimiento de normas de calidad y seguridad del paciente		
Identificación del RN	7	35
Algoritmos para la emergencia	5	25
Pesquisa neonatal antes del alta	6	30
Recurso humano		
Personal de enfermería de la terapia intensiva neonatal compuesto exclusivamente por enfermeros profesionales y licenciados en enfermería	8	40
Técnico de imágenes durante las 24 horas	6	30
Responsable de farmacia durante las 24 horas	4	20
Laboratorio durante las 24 horas	8	40
Hemoterapia durante las 24 horas	3	18

TABLA 2. Comparación de la población de recién nacidos (RN) prematuros de muy bajo peso en la provincia de Mendoza, Argentina, 2017 y 2019

RN prematuros	2017	2019	Nivel de significancia
RN \leq 1500 g	N 331	N 317	
Sexo masculino	175 (53%)	163 (51%)	NS*
Media de PN [†]	1048 (277)	1027 (302)	NS
X (DS) [‡]			
Edad gestacional [§]	28,5 (3,4)	28,1 (3,3)	NS
X (DS) [‡]			
Nacimientos en el sector público	218 (66%)	210 (66%)	NS
Cesáreas	202 (61%)	204 (65%)	NS
Madres con cobertura social	141 (42%)	135 (43%)	NS
RN trasladados	43 (13%)	59 (19%)	0,05
Nacidos en IIIB	260 (79%)	261 (83%)	NS
Nacidos en maternidades del sector privado con categoría IIIB	84 (74%)	92 (87%)	0,01
Fallecidos	102 (31%)	100 (31%)	NS
Fallecidos en el sector privado [¶]	39/113 (35%)	28/107 (32%)	NS

* NS: no significativo; † PN: peso de nacimiento (en gramos); ‡ X (DS): media y desvío estándar; § En semanas de gestación; || Total de nacidos de la provincia en maternidades categorizadas como IIIB; ¶ Se indican en el numerador los fallecidos de \leq 1500 g y en el denominador, los nacidos con ese peso en el sector privado de salud durante los años estudiados.

FIGURA 1. Número de prematuros de muy bajo peso nacidos en instituciones privadas de la provincia de Mendoza, Argentina, 2010-2019.



- Total anual de recién nacidos prematuros de muy bajo peso nacidos en instituciones privadas.
- Total anual de recién nacidos prematuros de muy bajo peso nacidos en instituciones privadas categorizadas IIIB.
- Porcentaje anual de recién nacidos prematuros de muy bajo peso nacidos en instituciones privadas categorizadas IIIB respecto del total de recién nacidos prematuros de muy bajo peso nacidos en instituciones privadas.

DISCUSIÓN

Está universalmente aceptado que cuanto más experiencia tiene un centro en el tratamiento de una patología, mejores son los resultados. Para que una institución concentre los partos de mayor complejidad, la estrategia es la regionalización, que implica conocer la capacidad instalada de una región y establecer mecanismos para la derivación al lugar de mayor experiencia⁴. En un metaanálisis sobre la asociación entre mortalidad y nivel de atención en ≤ 1500 gramos, Lasswell mostró que la probabilidad de muerte era un 62% más elevada en niños que no nacían en una maternidad de alta complejidad¹⁰. Por su parte, Desplanches investigó la asociación entre número de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y sobrevida sin discapacidad a los dos años de vida y concluyó que los niños egresados de las unidades con mayor número de prematuros tenían menor discapacidad sensorial y motora¹¹. Una evidencia similar existe para la emergencia obstétrica. A partir del análisis de 2209 pacientes sometidas a histerectomía por hemorragia posparto, Wright registró que los hospitales con mayor volumen de pacientes tenían menos complicaciones posquirúrgicas, menos necesidad de transfusiones, menos ingresos a terapia intensiva y un 71% menos de mortalidad¹².

El sector público ha recurrido a estrategias de regionalización perinatal⁴. Para ello fue necesario categorizar todas las maternidades de su ámbito, organizar los sistemas de comunicación y traslado, y entrenar al personal en medidas de emergencia. No ocurre lo mismo en el sector privado de salud, donde las prioridades de atención se rigen más por criterios comerciales que sanitarios; esto, que es válido para la atención de los RN, lo es también para los embarazos y partos de riesgo. La mortalidad materna está vinculada en la mayoría de los casos a una correcta

atención de la emergencia obstétrica y a la existencia de insumos, medicamentos y cajas prearmadas, así como a la presencia visible de algoritmos de tratamiento¹³.

En general, se conoce bastante bien el funcionamiento del sector público, pero no así el del privado. Cuando el análisis de los resultados perinatales levanta alarmas, se abre la puerta a la intervención sanitaria. En este caso, el Ministerio de Salud de Mendoza identificó que las muertes —tanto maternas como de prematuros pequeños— eran mayores en las instituciones privadas, por lo que tomó la decisión de evaluarlas y categorizarlas. Esta intervención es casi inédita en Argentina. Existen una serie de resoluciones y normas cuyo cumplimiento se les exige a las maternidades del sector público y no de la misma manera a las que están fuera de ese ámbito, que atienden según sus intereses y no siempre por su verdadera capacidad de resolución.

Los resultados de esta intervención sanitaria muestran claramente la brecha existente entre los subsectores de salud. Apenas 4 establecimientos privados cumplían las denominadas CONE, y la mayoría no estaba preparada para la emergencia obstétrica. Estas falencias explican la mayor proporción de muertes maternas ocurridas en 2016 en instituciones privadas de la provincia de Mendoza. En las instituciones evaluadas, la tasa de cesáreas fue extremadamente alta (71%) comparada con la de las instituciones públicas provinciales (32%) o la tasa nacional (34%); aunque cuando está bien indicada contribuye a disminuir la morbimortalidad perinatal, hay evidencia robusta que señala que se debe evitar la cesárea injustificada¹⁴.

Existen estándares de atención aceptados internacionalmente para el RN sano o enfermo. Como muestra esta evaluación categorizante, el cumplimiento de esos estándares es extremadamente bajo en todos los niveles de complejidad (ver Tabla 1).

Toda intervención sanitaria requiere una evaluación de impacto. En el caso de la provincia de Mendoza, y a pesar del corto tiempo transcurrido entre la emisión de la resolución ministerial y el momento del análisis de estos datos, hay ya un resultado medible en lo referente a los RN ≤ 1500 gramos. No solo aumentaron los nacimientos en las maternidades IIIB, sino también los traslados oportunos. Con un número mayor de pacientes, posiblemente podrá evidenciarse el impacto en la sobrevida.

A partir de la publicación y difusión a la comunidad de la Resolución 3009/2019 de la Provincia de Mendoza se produjeron varias modificaciones en los centros privados^{15,16}:

- Normatización de los principales procedimientos en servicios de Neonatología y Obstetricia.
- Identificación del binomio madre-hijo con pulseras inviolables.
- Armado de cajas para el manejo de emergencias obstétricas y colocación de algoritmos de manejo de emergencias obstétricas y de reanimación cardiopulmonar a la vista.
- Colocación de aire comprimido en todas las salas de

recepción.

- Adquisición de mezcladores en sala de recepción y del equipamiento faltante.
- Instalación de aire acondicionado central en una institución.
- Creación de centros de lactancia.
- Adecuación del número de piletas de lavado de manos.
- Creación de una red con los jefes de Neonatología (públicos y privados) para dar respuesta en forma segura y según la complejidad a cada binomio madre-hijo.
- Acuerdo para realizar auditorías de los pacientes derivados a las instituciones públicas desde el sector privado y solicitud de informes en caso de que el efector haya atendido a un paciente no acorde con su complejidad.

A partir de la situación identificada, la provincia de Mendoza logró aprovechar la oportunidad para llevar a cabo una intervención novedosa en el sector privado de salud,

que se destaca por su articulación intersectorial y, fundamentalmente, por el impacto que ya revelan los últimos indicadores disponibles. La evaluación de la atención de salud perinatal en Argentina es prioritaria porque significa evaluar la calidad y seguridad de la atención y detectar prioridades de mejoras para disminuir la mortalidad materna y neonatal. No alcanza con garantizar la accesibilidad: debe asegurarse la calidad de atención por medio de un sistema organizado, articulado y regionalizado independientemente del financiador, que brinde servicios acordes a sus capacidades y según los riesgos identificados. Esta intervención muestra que es posible y necesario recuperar el rol rector de la autoridad sanitaria. Todo indica que se trata de una experiencia reproducible en cualquier nivel jurisdiccional. El interés por llevar adelante el proceso debe surgir de cada jurisdicción, ya que implica un cambio importante en la concepción de los subsistemas de salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Fariña D, Rinaldi M, Kurlat I, Sagás O, Aréchaga M, Duhau M. Categorización de las maternidades privadas de la provincia de Mendoza, Argentina: ¿una intervención sanitaria reproducible? *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13:e60. Publicación electrónica 01 de Nov de 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Maceira D. Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza [Internet]. Buenos Aires: CEDES; 2018 [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4460>

² Palacios A, Espinola N, Rojas-Roque C. Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: Evidence for Argentina. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 [citado 2 Jul 2021];19(1):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7394688/>

³ Fariña D, Escobar P, Fasola L, Bologna E, Mendes Pinto G, Duhau M, et al. Regionalización de la atención perinatal [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2018 [citado 2 Jul 2021]. 100 p. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001280cnt-regionalizacion-2018.pdf>

⁴ Speranza A, Lomuto C, Santa Maria C, Nigri C, Williams G. Evaluación de maternidades públicas argentinas, 2010-2011. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2011 [citado 2 Jul 2021];2(9):43-47. Disponible en: <https://ojsrasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/377>

⁵ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). Indicadores Básicos 2019. De próxima aparición 2020.

⁶ Speranza AM, Kurlat I. Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2011 [citado 2 Jul 2021];2(7):40-42. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen7/intervenciones-sanitarias.pdf>

⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 348/2003 [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2003 [citado 21 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-348-2003-85616>

⁸ Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 495/2014 [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2014 [citado 21 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-495-2014-229118>

⁹ Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 641/2012 [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2012 [citado 21 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-641-2012-197943>

¹⁰ Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2010 [citado 2 Jul 2021];304(9):992-1000. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20810377/>

¹¹ Desplanches T, Blondel B, Morgan AS, Burguet A, Kaminski M, Lecomte B, et al. Volume of Neonatal Care and Survival without Disability at 2 Years in Very Preterm Infants: Results of a French National Cohort Study. *J Pediatr* [Internet]. 2019 [citado 2 Jul 2021];213:22-29.e4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31280891/>

¹² Wright J, Herzog T, Shah M, Bonanno C, Lewin S, Cleary K, et al. Regionalization of care for obstetric hemorrhage and its effect on maternal mortality. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 [citado 2 Jul 2021];116(5):1222. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20966725/>

¹³ Ministerio de Salud de la Nación. Área de Obstetricia y Ginecología de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica [Internet]. Buenos Aires: UNICEF; 2015 [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recursos/manual-breve-para-la-practica-clinica-en-emergencia-obstetrica>

¹⁴ Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karthikeyan G, Kumar V, Kaur I, et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2019 [citado 2 Jul 2021];393(10184):1973-1982. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)

¹⁵ De Vita V. Sólo 5 maternidades privadas pueden atender partos de riesgo [Internet]. Los Andes. 26 Sep 2019 [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.lo-sandes.com.ar/solo-5-maternidades-privadas-pueden-atender-partos-de-riesgo/>

¹⁶ Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Resolución N° 003009. Categorización de las Maternidades Privadas de la Provincia de Mendoza [Internet]. Mendoza: Gobierno de Mendoza; 2019 [citado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/7/2015/11/3009-CATEG-MATERNIDADES.pdf>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.