



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES Y ARTES

**TESIS DE MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Formación de facilitadores en salud: una estrategia para contribuir a la
mejora de los servicios de salud materno infantil

Maestranda: Rose Mari Soria

Directora de tesis: Adriana Gorenstein

Co- directora: María Elina Serra

Buenos Aires, 9 de diciembre de 2019

Índice

Introducción.....	Pág.4
Cap.1: Panorama de la salud materno infantil en Argentina.....	Pág.11
Cap.2: La gestión de las maternidades argentinas.....	Pág.20
Cap.3: Formación de un recurso humano con enfoque innovador....	Pág.27
Cap.4: Metodología propuesta para la intervención y la evaluación..	Pág.90
Cap.5: Propuesta de análisis e interpretación de resultados.....	Pág.119
Consideraciones finales.....	Pág.130
Bibliografía.....	Pág.134
Anexos.....	Pág.143
Índice de gráficos y figuras.....	Pág.144

Agradecimientos

A mi esposo Daniel y a mi madre por su apoyo incondicional en mi camino de realización.

A mi directora de tesis Dra. Adriana Gorenstein por ayudarme a pensar la investigación con una óptica amplia.

A mi co directora de tesis Dra. María Elina Serra por brindarme con dedicación y generosidad dos cosas inmensamente valiosas: su conocimiento y su tiempo.

A mis docentes y a mis alumnos que han contribuido a mi ser profesional.

Introducción

La propuesta de esta tesis se genera a partir de las experiencias previas en asistencia técnica en servicios de maternidades hospitalarias, donde la observación participante propició ejercer una mirada directa sobre sus dinámicas de funcionamiento, las interacciones de sus equipos y la complejidad de su ejercicio del cuidado y la asistencia atravesados por múltiples problemáticas comunes. El propósito es brindar un aporte innovador a las disciplinas de salud con el fin de contribuir a la gestión institucional de la atención y el cuidado en salud materno infantil.

En materia de salud, en nuestro país, el progreso fue menos acelerado que en la región en los últimos años. La reducción argentina de la tasa de mortalidad infantil y materna fue menos pronunciada que el promedio regional, lo que se refleja en el incumplimiento de la Argentina en el Objetivo de Desarrollo del Milenio ligado a la reducción de la mortalidad materno-infantil planteado para 2015 y que continúa actualmente a pesar del compromiso con la Agenda 2015-2030. Por lo cual, todavía hay una gran cantidad de muertes infantiles y maternas prevenibles y grandes disparidades regionales. Esto revela que aún existe un acceso diferencial al derecho a la salud en los primeros años de vida según el lugar y el nivel socioeconómico de la familia en que se nace (Acuña M, 2015, p.14).

En Argentina el 99,4% de los nacimientos se producen institucionalmente y el 56% de ellos sucede en el sistema público. A pesar de que los indicadores de proceso de la salud perinatal muestran una amplia cobertura del control prenatal y del parto institucional atendido por personal capacitado, diversos estudios de los últimos años han mostrado la escasa implementación de intervenciones costo efectivas en nuestro país. También, son escasas las intervenciones que resguardan los derechos de usuarias de los servicios de salud, legitimadas por el marco normativo de la Ley de Parto Humanizado y la Ley de Derechos del Paciente (Ramos S, 2015, p.514).

Existen 715 instituciones entre hospitales generales y maternidades públicas. Un relevamiento del MSN obtuvo datos de 630 maternidades (88%). El 75% de las maternidades públicas reciben menos de 1000 partos al año, asistiendo el 30% del total de los nacimientos. El promedio de nacimientos por año y por maternidad en

Argentina es de 616. Comparativamente en 9 países de la Unión Europea tienen en promedio entre 700 y 2800 partos con una TMM de 8/100.000 y una TMN de 3/1000. Este es un dato relevante dado que en salud materno infantil las habilidades profesionales requeridas en la atención y el cuidado condicionan en gran modo los resultados. Cuanto más partos suceden en una maternidad y más nacimientos reciben se optimizan las aptitudes y habilidades, especialmente en patologías o situaciones poco frecuentes y que revisten gravedad, con el consecuente impacto en los resultados de morbimortalidad (Schwarcz A, 2011, p.25).

En 2014 se registró el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) en 585 de las cuales solo el 44% las cumplieron en su totalidad. El promedio de partos asistidos sin cumplimiento de las CONE en Argentina fue del 17%, en ocho jurisdicciones de las veinticuatro, más del 25% de los partos fueron asistidos sin cumplimiento de las CONE. La provincia de Buenos Aires donde suceden el 32% de los nacimientos del país, tuvo el mayor número de partos asistidos en ausencia de esas condiciones que fueron 20.000 y la provincia de Catamarca el más bajo que fueron 627, pero éstos representan el 38% del total de nacimientos de la provincia (Lomuto C, 2011).

El cumplimiento de todas las CONE se observa en el 44% de las Maternidades, estas condiciones esenciales incluyen: cirugía, anestesia, disponibilidad de sangre para transfundir, traslados, resolución de patologías maternas severas y patologías neonatales que requieren cuidados básicos como aporte de calor y reanimación cardio pulmonar (RCP). De estas condiciones se observa que el mayor cumplimiento está en la atención neonatal esencial en el 81% y que la falta de sangre sigue siendo la mayor deficiencia especialmente en NEA y NOA. Aún en las grandes maternidades que tienen más de 1000 partos anuales y que son cabecera de su región hay falta de cumplimiento de las CONE en un 10% de ellas. La evaluación de los Servicios de Obstetricia resulta deficitaria (55% global), especialmente referido a los servicios complementarios (41%) y un déficit profundo en RRHH (60%). Hay una clara relación entre la deficiente evaluación de esos servicios y mayor TMM por provincia (Lomuto C, 2011).

Los Servicios de Neonatología están presentes sólo en el 35% de las Maternidades. Su evaluación también es deficitaria (59% global), especialmente en recursos humanos (44%). También hay una clara relación entre sus deficiencias y sus resultados. Los Servicios de Neonatología tienen un cumplimiento menor (67%) con gran deficiencia en recursos humanos (51%), y mayor tasa de Mortalidad Neonatal por provincia (Lomuto C, 2011).

Los Servicios de Obstetricia y Neonatología necesitan mejorarse en todos sus aspectos, pero en especial en su recurso humano (enfermería y obstétricas) que es claramente insuficiente, pues sus deficiencias impactan notoriamente en la mortalidad materna y neonatal. Se pone de manifiesto la imperiosa necesidad de regionalizar y concentrar los nacimientos de alto riesgo en las maternidades de mayor complejidad, redistribuyendo el recurso humano particularmente escaso como son enfermeras, obstétricas y médicos especialistas. A la escasez de recurso humano se agrega el problema de que su capacitación sea deficitaria, de manera que no responde a las necesidades surgidas de las demandas de salud del área específica. Un ejemplo es la certificación en RCP neonatal, que, siendo un estándar mínimo de cuidado del Ministerio de Salud de la Nación, debería ser un requisito que todos los profesionales que reciben recién nacidos tengan su certificación actualizada. Sin embargo, no es requisito al ingreso laboral, así como tampoco está prevista ninguna acción que limite el ejercicio de quienes no la tienen o no la actualizan.

Un relevamiento de la cultura organizacional realizado en 29 maternidades de la Provincia de Buenos Aires mostró que aún falta consolidar el compromiso de los integrantes de las instituciones para con la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia. La evaluación positiva del liderazgo no está basada en el conjunto de cualidades propias del rol y en relación a la comunicación se muestra una necesidad de mayor institucionalización de mecanismos para informar. La sobrecarga de trabajo, por un lado, y las fallas de comunicación, por el otro, son percibidas como las más importantes fuentes de conflicto (Ramos S *et al*, 2015, p.517). Un facilitador podría contribuir a una mejor organización del trabajo y a instrumentar mecanismos para la mejora de la comunicación.

Por otra parte, los recursos materiales que involucran infraestructura y equipamiento son cruciales porque conforman la planta física y los insumos básicos para la atención y el cuidado en salud materno infantil. Respecto de estos aspectos la Guía de funcionamiento y evaluación de servicios de neonatología y obstetricia (Larguía M *et al*, 1990) es aún el documento vigente para referenciarse respecto de lo mínimo necesario para que las maternidades puedan prestar servicio adecuado y oportuno a las embarazadas, los recién nacidos y sus familias. Un facilitador con conocimientos de gestión podría optimizar los recursos existentes, agilizar el proceso administrativo de obtención de los mínimos no existentes y justificar ampliamente con sólida argumentación la solicitud de recursos o insumos específicos, que son necesarios para que un servicio pueda ofrecer las condiciones imprescindibles para el cuidado seguro.

El modelo de atención regionalizado ha mostrado buenos resultados en varios países del mundo. El ejemplo visible más cercano es Chile, que creó un sistema con 28 unidades de nivel III para 16,7 millones de habitantes, 13 médicos por cada 10.000 habitantes, una razón de médicos/enfermeras de 1,3 y con una mortalidad neonatal que está entre las más bajas de América Latina. En Argentina hay 480 unidades de igual complejidad para 40 millones de habitantes, con 27 médicos cada 10.000 habitantes y una razón de médicos/enfermeras de 5,2 (Schwarcz A, 2011, p.24).

En resumen, estos datos representan parte sustancial de la realidad del sistema de salud perinatal público, que está segmentado, fraccionado y sobredimensionado, con enorme cantidad de maternidades pequeñas de muy baja complejidad e incluso sin ningún tipo de asistencia neonatal y que no cumplen las CONE o lo hacen parcialmente (Aulicino M, 2015, p.14).

La evaluación periódica de las maternidades públicas sirve de insumo para su categorización, georeferenciamiento, facilitar su regionalización, mejorar su estructura, corregir deficiencias en equipamiento, recursos humanos y organización, tendientes a mejorar la asistencia materno neonatal, con énfasis en las maternidades más grandes para contribuir al descenso de la morbilidad materno infantil. Preparar a dichas maternidades para la autoevaluación es una tarea fundamental que

requiere de conocimiento específico del área y de habilidades de comunicación, docencia y gestión.

La necesidad de la evaluación se fundamenta en la relevancia de la información que se obtiene si se lleva a cabo sistemáticamente y con rigor, un ejemplo que da cuenta de ello es la evaluación que se realizó de la implementación de la estrategia Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Dicha evaluación mostró entre algunos de sus resultados que:

“En relación con la sostenibilidad: A pesar que la iniciativa tiene una visión de largo plazo y su diseño se ha basado en un modelo teórico para lograr su consolidación, en la práctica existen algunas barreras que limitan su proyección. Entre ellas, se cuenta el propio diseño de la iniciativa que no establece prioridades entre los distintos pasos, ni indicadores para los resultados intermedios que permitan que la implementación vaya produciendo procesos y cambios que logren las transformaciones integrales deseadas y no sólo la incorporación de algunas de las prácticas. Ello es particularmente necesario en iniciativas que apuntan a transformaciones culturales y organizacionales. Otras barreras se relacionan con las dificultades que atraviesa el sistema público de salud en el país (falta de especialistas, bajas remuneraciones, poca articulación entre la atención primaria y los hospitales, sectorialización y especialización excesiva de los servicios, entre otras) que repercuten en resistencias a implementar los cambios necesarios y proyectarlos en el tiempo. Un facilitador de la sustentabilidad refiere al involucramiento y apropiación de la iniciativa por parte de los gobiernos provinciales, que la transforman en protocolos, directrices y políticas públicas locales que efectivamente la traducen en prácticas locales. Ello no sucede en todas las provincias y el establecimiento de los convenios anuales no garantiza este nivel de apropiación. Las capacidades de gestión no son homogéneas entre las provincias, ni entre los establecimientos y no existen incentivos que permitan nivelar estándares mínimos que permitan asegurar una gestión del cambio en perspectiva. Facilita también la sostenibilidad el hecho que el fortalecimiento de capacidades se acompañe de una estrategia de seguimiento integral, que vaya dando cuenta de las

etapas, procesos y aprendizajes que se desarrollan en la práctica” (Faúndez A, 2016, p.7).

En virtud de todos los antecedentes presentados de investigaciones sobre la experiencia de países con sustancial mejora de sus resultados y los datos que dan cuenta de la situación de la salud materno infantil en el ámbito nacional, puede enunciarse que el cumplimiento de las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2015-2030, dependen de la implementación efectiva de iniciativas y programas existentes, de la aplicación de legislación vigente y de la instauración de una gestión eficiente para favorecer una práctica segura. Existe una brecha entre las políticas públicas, enunciadas en cuanto a salud materno infantil y el Plan Estratégico de Ministerio de Salud de la Nación (DEIS, 2015), cuyas acciones concretarían la implementación de dichas políticas. Si agregamos a esto la complejidad intrínseca que revisten las instituciones de salud se hace manifiesta la necesidad de articular los procesos de mejora con una metodología integradora y una figura profesional que motorice y conduzca las acciones de los grupos implicados, ejerciendo un rol docente asistencial y de gestión acorde a esa necesidad específica pero amplia a la vez. Este profesional para desempeñarse en el rol de facilitador es en sí mismo una estrategia innovadora en el marco del sistema de salud local, que se plantea como una experiencia piloto para valorar su impacto y considerar su replicación.

Este trabajo tiene como principal objetivo describir la generación, desarrollo y el modo de implementación de un programa de capacitación para el ejercicio del rol del facilitador de procesos en el área de salud materno infantil. Secundariamente, se deja planteada una propuesta para analizar el impacto de la utilidad del programa en el ejercicio del rol del facilitador en su práctica cotidiana, como una estrategia de mejora en los servicios de salud materno infantil.

El objeto de estudio es la intervención innovadora, que consiste en la generación de agentes facilitadores para los servicios de salud materno infantil. A los efectos de estudiar esta intervención se plantean los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Describir la construcción, desarrollo y modo de implementación de un programa de capacitación de profesionales de salud materno infantil para el ejercicio del rol de facilitadores de procesos en las maternidades.
- Dejar planteada una propuesta metodológica para investigar los efectos de la acción del facilitador en la gestión de las maternidades.

Objetivos específicos:

- 1- Evaluar el programa de capacitación de facilitadores.
- 2- Proponer herramientas para el desarrollo de la acción del facilitador.
- 3- Proponer instrumentos para valorar la acción del facilitador.

Capítulo I:

Panorama de la salud materno infantil en Argentina

El derecho a la salud está contemplado en el marco de la legislación de la mayoría de los países del mundo; existen organizaciones internacionales que se han constituido en torno a la salud, que ha evolucionado desde una necesidad humana, como derecho y política pública. Nuestro país está incluido en el conjunto de naciones que consideran a la salud un derecho y ha generado leyes que jerarquizan y regulan su ejercicio. Esto es fundamental, pero requiere de un complemento *sine qua non*: una política de implementación para poder trasladar el discurso y el marco regulatorio a un nivel de concreción tal que garantice a cada persona el ejercicio de ese derecho y el acceso a lo necesario para gozar plenamente del mismo. En ese aspecto, la Argentina ha atravesado distintas etapas con diversos modelos de organización política que establecieron programas congruentes con la línea política vigente, que no siempre lograron mantener un hilo conductor a través del tiempo que garantizara el derecho a la salud para toda la población.

La salud de la población en general ha sido históricamente un problema que inicialmente preocupó por la presencia de enfermedad y lo que ésta implicaba como amenaza a la fuerza de trabajo y a la sociedad “sana” (Veronelli y Veronelli, 2004, p.210). Tal era la visión en el mundo y no fue diferente para la Argentina desde la época del virreinato hasta que evolucionó el pensamiento al respecto y cambió el concepto de salud y enfermedad. Las diferentes etapas que nuestro país fue atravesando hicieron que adquirieran mayor importancia algunos problemas de salud vinculados al momento sociopolítico y económico, por ejemplo, la salud de los soldados en épocas de lucha por el territorio o la salud de los trabajadores en el período de florecimiento de las industrias y el comercio exterior. Hay un grupo poblacional por el cual hubo escaso interés en su salud y que, en consecuencia, resultó desfavorecido durante décadas: la población de las madres y los recién nacidos. Por diversos motivos la humanidad naturalizó la muerte de las mujeres en alguna etapa del ciclo reproductivo, así como la de los recién nacidos. El largo proceso para intentar revertir este concepto llega casi hasta nuestros días. Las muertes de los recién nacidos son “muertes silenciosas” que aparentemente no tienen la misma representación social que la de los niños más grandes, si se indaga en la comunidad en general e incluso en los equipos de salud² (Lomuto C, 2009, p.17). Si bien en la actualidad no es un discurso explícito, y ha habido iniciativas a nivel

mundial a partir de las cuales surgieron programas para dar solución al problema, éstos no siempre han sido completamente efectivos a nivel local porque falla la implementación y el seguimiento. En el año 2000 la Organización de Naciones Unidas(ONU) promulgó la Declaración del Milenio(ONU,2000) firmada por 191 Estados Miembros donde se comprometió a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), resultantes de esa Declaración, son ocho y tenían metas e indicadores específicos que los Estados Miembros convinieron en tratar de alcanzar para 2015.

Tres de los ocho objetivos guardan relación directa con la salud:

- Objetivo 4: reducir la mortalidad infantil.
- Objetivo 5: mejorar la salud materna.
- Objetivo 8: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Los ODM 4 y 5 están directamente vinculados a la salud materno infantil y ponen el énfasis en dirigir los recursos, los esfuerzos y las acciones hacia la mejora efectiva de sus indicadores. El seguimiento del progreso en supervivencia materna, neonatal e infantil se fundó como un compromiso de académicos, gobiernos, organismos internacionales, asociaciones de profesionales de la salud, donantes y organizaciones no gubernamentales para trabajar juntos en el logro de los ODM 4 y 5. En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, puntualmente respecto de los objetivos 4 y 5, nuestro país se comprometió frente a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a reducir en dos tercios la mortalidad de los menores de un año y en tres cuartas partes a la mortalidad materna en el período comprendido entre 1990 y 2015 (ONU, 2014).

Al momento de la cumbre en el año 2000, el Estado Argentino se comprometió a lograr las metas señaladas en los ODM 4 y 5, de disminución de la mortalidad infantil y materna. Asumió entonces lo propuesto por la ONU y eso implicaba alcanzar en el año 2015 una tasa de mortalidad materna (TMM) de 1,3/10000 y reducir 2/3 la tasa de mortalidad infantil (TMI) de 1990 (25,6/ 1000) al 8,5/1000 para 2015 (Lomuto C, 2009, p.17).En línea con esos objetivos ,considerando que en

ambos casos la situación requiere de una acción decidida y políticas eficaces que encaren la complejidad de las causas que las provocan y que al mismo tiempo dificultan su disminución, se generaron acciones enfocadas a alcanzarlos, tanto desde los diferentes estamentos gubernamentales como es el Ministerio de Salud de la Nación, de agencias internacionales como UNICEF y de ámbitos no gubernamentales en la figura de varias ONG's (FUNDASAMIN, Fun Largaía, otras). En consecuencia el Ministerio de Salud de la Nación formula en 2009 el citado "Plan Nacional de reducción de la mortalidad materna e infantil, Plan Operativo" (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2010). En 2015 se registraron 770.040 nacimientos en el país y las cifras mostraron una tasa de mortalidad infantil de 9,8/1000 nacidos vivos y de mortalidad materna de 3,2/10000 nacidos vivos (DEIS, 2016). En 2015 la ONU reúne nuevamente a los estados miembros y se plantea la Agenda 2015-2030 con los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Argentina llega a esa instancia con la situación de cumplimiento de los ODM que se presentó en párrafos anteriores. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son herederos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y buscan ampliar los éxitos alcanzados con ellos, así como lograr aquellas metas que no fueron conseguidas

Respecto de la salud el objetivo 3 expresa: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Si bien está planteado para todas las edades hay ventanas de oportunidad sanitaria para trabajar que son fundamentales porque involucran graves riesgos para la salud como altas tasas de mortalidad materna y neonatal, la propagación de enfermedades infecciosas y no transmisibles y una deficiente salud reproductiva.

La falta de cumplimiento de las metas más allá de las cifras y del enunciado formal es un problema multidimensional, complejo y de una amplitud considerable por tratarse de indicadores que al dar cuenta de la salud materno infantil a nivel nacional también ponen de manifiesto cuestiones determinantes que reflejan el desempeño socio político y las condiciones de desarrollo de un país en la región y en el mundo.

La mortalidad materna comprende a aquellas mujeres que mueren durante el embarazo, el parto o el puerperio. Obsérvese que son todas estas instancias

fisiológicas que forman parte del ciclo reproductivo de la mujer. Por lo tanto, en la actualidad, no es esperable que una mujer previamente sana enferme gravemente o muera en alguna de esas instancias, y aún si padeciera alguna patología, es poco factible que esto suceda si accede oportunamente a atención básica de salud.

Analizando ese indicador se manifiestan con claridad los componentes que exceden a las patologías habituales que son causas directas (hemorragia, infección, síndromes hipertensivos) o indirectas (HIV) y el aborto y que sin embargo influyen fuertemente. Tal es el caso de los determinantes sociales de salud: la escolarización de la madre, el nivel socio económico, el lugar de residencia y tipo de vivienda, así como la accesibilidad a los servicios básicos de salud.

La mortalidad infantil comprende a aquellos niños que fallecen durante el primer año de vida. Este indicador se compone de dos subgrupos poblacionales que son los recién nacidos fallecidos antes de 28 días de vida (mortalidad neonatal) y los niños fallecidos luego de este período y hasta el año de vida (mortalidad pos neonatal). Si bien hay un conjunto de factores comunes que hacen a la mortalidad infantil, factores biológicos, ambientales, demográficos, socio económicos, culturales y de salud, estos dos subgrupos tienen diferencias en cuanto a las causas de muerte. Para los primeros están relacionados a la salud materna, control prenatal, condiciones del nacimiento y cuidados iniciales y para los del segundo grupo al impacto de las condiciones ambientales y socio económicas sobre la salud del niño (DINAMI, 2012). Se puede visualizar con claridad, entonces, como esta estrecha relación entre la salud y las condiciones de vida maternas y las del niño, siendo estas últimas una consecuencia de las primeras, es clave para determinar la situación de salud de este núcleo poblacional crucial y prioritario para el pleno desarrollo de un país.

En la Argentina hay un extendido acceso a la salud y uno de los mayores niveles de gasto público en salud *per cápita* de la región, sin embargo, la calidad de la atención varía según las múltiples ofertas en un sistema fragmentado. Ese es uno de los motivos por los cuales el progreso argentino en materia de salud fue menos acelerado que el de sus pares regionales en los últimos años y aún siguen ocurriendo una gran cantidad de muertes infantiles y maternas prevenibles (CIPPEC, 2016, p.17).

Los datos revelan que aún existe un acceso diferencial al derecho a la salud durante los primeros años de vida según el lugar y el nivel socioeconómico de la familia en que se nace. En Argentina la tasa de mortalidad infantil por causas evitables todavía es elevada y los niños que nacen en una situación de desventaja en términos socioeconómicos tienen mayores probabilidades de enfermarse o morir tempranamente (Unesco, OEI, 2012, p.19).

El porcentaje de muertes evitables en el primer año de vida aumentó notoriamente en 2010 y todavía no se recobraron los valores que tenía en la primera década de este milenio. El 62,3% de esas muertes ocurrieron por causas evitables. Se trata de defunciones que podrían haberse impedido con intervenciones preventivas sencillas y de bajo costo como controles prenatales, vacunación, lactancia materna, medidas básicas de higiene y saneamiento o podrían haber sido tratadas si se las hubiese detectado a tiempo con medicamentos poco costosos o tecnologías básicas de un hospital. Terminar con las muertes infantiles prevenibles también sigue siendo un desafío pendiente que debía ser cumplido en los ODS establecidos como metas para alcanzar (CIPPEC, 2016, p.19).

A pesar de que en nuestro medio coexisten varias modalidades de oferta como son los servicios de salud públicos o del Estado, los privados o prepagos y los de obra social, estos no siempre garantizan la cobertura al total de la población de madres y recién nacidos en número y calidad. La calidad es la que determina el tenor de la atención y el cuidado en salud materno infantil y sus estándares fueron establecidos desde 1986 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) (OMS,1986). Dicho documento enuncia los requisitos mínimos que una maternidad debe cumplimentar para poder funcionar como tal. Sin embargo, un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en el año 2010-2011 por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, muestra entre otros datos, un bajo grado de cumplimiento de las CONE en las maternidades públicas argentinas (Speranza A *et al*, 2011, p.45).El análisis de esta información resulta fundamental porque el problema de la población materno infantil que acude a instituciones sanitarias que

no están en condiciones de dar respuesta real a las necesidades de salud se ve reflejado en la morbilidad por causas evitables (Ministerio de Salud de la Nación ,UNICEF, 2009). El déficit de gestión, de comunicación efectiva y de capacitación en un alto porcentaje de servicios de salud puede explicar que no se alcancen los estándares mínimos de atención de la población (Ramos S *et al*, 2015, p.516). La gran variabilidad en estos indicadores y en la calidad de atención de los servicios de salud (en prestadores del mismo o de diferentes subsistemas) entre provincias, departamentos, áreas urbanas y rurales, evidencian inequidad en salud materno infantil (Romero *et al*, 2013, p.4). Para salvar la brecha entre los programas y dispositivos planificados para cumplir con los objetivos de la Agenda 2015-2030 y su ejecución se requiere de una estrategia multidimensional para dar una respuesta efectiva a la problemática y que a pesar de la complejidad que involucra, resulte viable para implementar mejoras concretas en salud perinatal.

Las maternidades según el grado de complejidad se clasifican de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud de la Nación desde 2010, en nivel II, IIIa y IIIb (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Esta clasificación corresponde al tipo de servicios que las diferentes instituciones pueden ofrecer para la atención y el cuidado en salud materno infantil de acuerdo a los diferentes niveles de riesgo y apunta a establecer un sistema de referencia y contra referencia que constituye uno de los pilares de la regionalización.

La regionalización consiste en desarrollar dentro de un área geográfica, un sistema de salud materno y atención perinatal coordinado y cooperativo en el cual mediante acuerdos interinstitucionales, basados en la necesidad de la población se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización máxima de la tecnología requerida y aprovechamiento del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.

La ausencia de políticas sociales con alcance territorial, cuya cobertura es limitada o que carecen de enfoque de género no contribuyen a que las mujeres puedan acceder a servicios de salud desde el inicio de la edad fértil. La falta de acceso al sistema de salud por parte de las mujeres resulta en que parte de esa población, llegue al

embarazo muy tempranamente o con salud deficitaria, que el embarazo transcurra sin control y por lo tanto sin detección de factores de riesgo, que nunca se contacten con una institución de salud o lo logren solo cuando el parto es inminente. Así sus hijos recién nacidos tienen mayor riesgo de enfermar o morir por causas evitables (Ministerio de Salud de la Nación, 1996), situación que se perpetúa hasta la actualidad.

Sin la intención de aplicar una visión reduccionista, esta es la ecuación que reúne los componentes de mayor peso en la problemática de la salud materno infantil, que por supuesto se agravan ante situaciones socio económicas y culturales adversas como la pobreza, la falta de escolarización, la precarización laboral, la falta de servicios básicos, la falta de confianza en la medicina tradicional y la exclusión de las comunidades de pueblos originarios (OMS, 2007).

La mortalidad infantil es un indicador muy sensible a las condiciones de vida adversas. Como ya se señaló anteriormente, la enfermedad y la muerte de los menores de un año se presentan como fenómenos biológicos complejos en un contexto social (Spinelli *et al*, 2000, p.10). A las variables demográficas y biológicas que actúan sobre la mortalidad infantil, se le agregan aquellas que incorpora la sociología como la clase social, las etnias, las migraciones, la pobreza, la marginalidad, el medio urbano o rural donde vive la familia que incorporan una visión diferente del problema a la abordada hasta el momento por estudios cuantitativos de corte más biologicista (Lane *et al*, 2001,p.43). De manera que a las variables biológicas que actúan sobre la mortalidad infantil se suman los determinantes sociales ampliando la perspectiva del problema.

La mortalidad infantil experimenta un descenso sostenido en el mundo. Esto también puede verse en las cifras de Latinoamérica y de nuestro país que a pesar de la heterogeneidad que presenta en cuanto a regiones, sectores sociales, etc., ha logrado un descenso casi sostenido desde 1980 (Ministerio de Salud de la Nación, 2007). Sin embargo, la mortalidad neonatal es conocido como el componente duro de la MI porque es el que desciende más lentamente en contraposición al componente” blando” que es la mortalidad pos neonatal, que desciende primero y con acciones aparentemente más sencillas de implementar.

En Argentina desde fines de la década del 90 y principios del 2000 se observó un llamativo descenso de la mortalidad infantil a expensas de la mortalidad neonatal y un estancamiento de la mortalidad perinatal (Lomuto,2009, p.16), esta comprende las defunciones de los fetos desde las 28 semanas de gestación y las defunciones de recién nacidos hasta los 7 días de vida. Hay evidencia que muestra que este descenso se produjo mayoritariamente por la disminución de las muertes de niños de menor peso que, por supuesto, requieren tratamientos y cuidados más especializados y costosos. Un estudio de fines de los noventa demuestra que la tercera parte de esa disminución de la mortalidad neonatal está dada por las mejores condiciones del nacimiento de los niños y las dos terceras partes restantes por mejores cuidados (Richardson, 1998, p.898). En consecuencia, se han generado discusiones acerca de si es mejor priorizar la atención de las embarazadas de bajo riesgo y los recién nacidos de peso adecuado o mejorar y aumentar el número de terapias intensivas neonatales (SAP, UNICEF, 1998) y derivar los embarazos de riesgo a centros terciarios (Chien et al, 2001, p.250) para mejorar la atención de los neonatos de bajo peso.

Las intervenciones sanitarias necesarias para afrontar las causas de muertes neonatales difieren de aquellas para enfrentar el resto de las muertes de niños menores de cinco años y están estrechamente relacionadas con las intervenciones necesarias para proteger la salud materna (Unicef, OMS, Banco Mundial y ONU, 2015). Una alta cantidad de muertes neonatales constituye un evento sanitario de alarma ya que, al estar extremadamente influenciadas por la calidad de los servicios de salud, delata fallas en la atención sanitaria del binomio madre-neonato (Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata y Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Sin lugar a dudas el abordaje más adecuado del problema debería ser integral, teniendo en cuenta todas las variables antes mencionadas que influyen en la salud de esta población, mejorando la atención y el cuidado de salud de las mujeres en período reproductivo y de sus hijos desde el primer nivel hasta la máxima complejidad. Para ello en todos los casos resulta fundamental un recurso humano suficiente en número y capacitación para poder llevarlo a cabo.

Capítulo II:

La gestión de las maternidades argentinas

Las maternidades surgieron cuando el parto pasó de ser un proceso que se llevaba a cabo en el hogar con asistencia de una partera empírica (“comadrona”) a ser un acto médico institucionalizado. Inicialmente fueron algunas camas destinadas dentro de los hospitales y luego, al agruparlas, se constituyeron en áreas. La gestión de las maternidades también fue modificándose de acuerdo a las necesidades de la población materno infantil, pero manteniendo el modelo de los hospitales generales, lo cual condice con el concepto de salud enfermedad vigente en esa instancia. En 1985 a partir de la declaración de Fortaleza (OMS, 1985), acerca de que el parto y el nacimiento no son una enfermedad, comienza a cambiar el paradigma del acompañamiento y el cuidado de la mujer y el recién nacido en ese proceso. En nuestro país, basado en el modelo de Maternidad Centrada en la Familia (Larguía M *et al*, 2006) se comienza a motorizar una propuesta de cambio en la forma de brindar atención y cuidado humanizado a las mujeres y a sus hijos recién nacidos, en un entorno favorable a las necesidades propias de un proceso fisiológico que no es enfermedad, más flexible, con inclusión del grupo familiar. Hay legislación que se generó para apoyar fehacientemente la iniciativa, como la Ley Nacional 25929 de Parto Respetado que desde 2004, ofrece el marco para que el accionar profesional en salud vaya en línea con el respeto a los derechos esenciales de las madres, los recién nacidos y las familias. Este conjunto de hitos que hacen a la evolución de una forma de pensar y hacer en cuanto a un aspecto crucial de la salud materno infantil enfrenta serias dificultades en su implementación, porque hay un tercer espacio no visibilizado entre lo normativo y la puesta en práctica. Como sucede en cuestiones de otra índole, en este caso también, el problema es que se invierte mucho tiempo y esfuerzo en el sustento de un modelo, la puesta en agenda y el logro de una legislación que regule y luego se pierde el seguimiento de la implementación, no se monitoriza el grado de cumplimiento y no se trabaja proactivamente para limitar el incumplimiento. Esto siempre es muy desfavorable, pero resulta más grave cuando afecta a la salud materno infantil porque esta debe ser una prioridad para el Estado y la sociedad.

Como se mencionó anteriormente, en la actualidad las maternidades son instituciones que cuentan prioritariamente con servicios de obstetricia y neonatología, entre otros, como el servicio social y de salud mental, clasificadas por niveles de acuerdo a su

complejidad y enroladas en un proceso de regionalización que intenta optimizar los recursos humanos y materiales a fin de ofrecer atención y cuidados según niveles de complejidad. De todos modos esto aún no garantiza universalmente la atención y el cuidado en salud materno infantil con aceptables estándares de calidad, porque entre otras falencias, las maternidades, que son las instituciones naturalmente responsables de la implementación, presentan un marcado déficit de gestión, de comunicación y de adherencia a las buenas prácticas sustentadas por la mejor evidencia disponible (Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata y Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

¿A qué se denomina buenas prácticas?

De acuerdo a la definición de Sackett, el precursor de la medicina basada en evidencia (MBE), ésta es un conjunto de principios y métodos que intenta asegurar que las decisiones son las mejores dado el conocimiento existente del problema de salud a resolver (Sackett D, 1997, p.4). Este concepto inicialmente generado para el ejercicio de la medicina rápidamente amplió su ámbito de aplicación a otras disciplinas vinculadas a la salud y comenzó a plantearse como práctica basada en evidencia. La Práctica Basada en Evidencia (PBE) es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes (Sackett D *et al*, 1996, p.71). Si bien la práctica basada en evidencia no es una solución universal a todos los problemas de la salud, es una herramienta muy útil para las acciones concretas de implementación de atención y cuidado, de docencia y de gestión. En esta última es donde más barreras pueden surgir en cuanto a su aplicación dado que en los ámbitos político administrativos hay menos cultura de tomar decisiones informadas por la evidencia. Aquí convergen muchos factores que confluyen para que los gestores políticos, administrativos, economistas, desconozcan esta metodología. La primera es que quienes generan, identifican o analizan la evidencia no son quienes asesoran directamente. Otra cuestión es que el lenguaje original no es fácilmente comprensible para todos y una tercera es la contextualización, que es fundamental para evaluar la factibilidad de la aplicación local o puntual de la evidencia (Ramos S, 2013). Por fuera de estas

dificultades propias de la evidencia, por llamarlas de alguna manera, suficientemente conocidas y descritas, existen otras cuestiones más difíciles de argumentar racionalmente pero que no dejan de constituir una barrera difícil de sortear, sino la más difícil, como es el concepto de que en gestión política “hay que considerar costos políticos y no solo la evidencia” y lo que resulta aún menos aceptable que es la “experiencia personal” que en muchas oportunidades es el factor preponderante para la toma de decisiones (Ministerio de Salud de la Nación, Unicef, 2009). La mejor evidencia disponible acompaña fehacientemente el proceso de una decisión sobre una práctica segura, el mejor uso de un recurso, el máximo aprovechamiento de una estrategia. Un ejemplo que permite ver con claridad lo planteado en los párrafos anteriores es que todavía muchos niños no reciben lactancia materna exclusiva en sus primeros seis meses a pesar de haber sido vastamente demostrados sus beneficios desde lo científico y de lo costo - efectivas que son las políticas para promoverla y protegerla. Se estima que las políticas y los programas destinados a promover y proteger la lactancia materna exclusiva y complementaria son las intervenciones preventivas más efectivas para prevenir la mortalidad en menores de 5 años, comparables con intervenciones de alto impacto como vacunación de amplia cobertura. A esto se suma su costo muy bajo, en comparación a otras intervenciones de salud pública y sus resultados observables en el corto plazo, por lo cual se las considera excepcionalmente costo-efectivas (Horton *et al*, 1996, p.162) puesto que proveen grandes y duraderos beneficios en términos absolutos.

La lactancia materna aumenta el coeficiente intelectual de los niños entre 1 y 6 puntos, lo cual está comprobado que incrementa los ingresos de por vida. También disminuye el riesgo de enfermedades no contagiosas futuras en madres y niños y, al extender el intervalo entre embarazos, reduce la mortalidad y la desnutrición infantiles (Lutter y Lutter, 2012, p.1497). Según la OMS-OPS, amamantar beneficia a la madre, por ejemplo, favorece el descenso de peso luego del parto, reduce el riesgo de diabetes tipo 2, de cáncer de mama y de ovario y disminuye el riesgo de anemia. Sin embargo, en la Argentina las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria difieren enormemente de las recomendaciones (Lutter y Lutter, 2012, p.1495). Según la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA) realizada entre 2011 y 2012 en localidades urbanas por el

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Unicef, en ese momento solo 52,7% de los niños contaba con iniciación temprana de la lactancia en la primera hora de vida, lo cual está debajo del promedio regional y lejos del ideal (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Unicef, 2013). Según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna llevada a cabo por la DINAMI en 2011, en la Argentina solo 54% de los niños menores de seis meses recibía lactancia materna exclusiva. La misma encuesta llevada a cabo en 2015 releva un 53% lo que muestra una tendencia en descenso. (DINAMI, 2015) y la presentada recientemente en 2019, muestra que, si bien el 97% inician tempranamente la lactancia materna, la cifra desciende a un 45% hacia los dos años de vida. Al medir la lactancia materna exclusiva para el grupo de menores de 6 meses, el estudio encontró que el 43,7 % recibía lactancia materna exclusiva y un 10% de los menores de seis meses no recibe lactancia materna. (Secretaría de Salud de Gobierno, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2019)

Este ejemplo no es más que una muestra de cuán efectivo y eficaz puede resultar en términos de salud la toma de decisiones basada en evidencia, tanto para el ámbito macro de la gestión de políticas públicas como para el ámbito micro de la gestión hospitalaria y de la práctica profesional cotidiana. Para poder hacer uso de esta metodología se necesita del conocimiento pero fundamentalmente del uso de habilidades cognitivas que permitan comprender y dimensionar el beneficio, llevándolo desde un plano abstracto a la acción concreta. Este proceso, como muchos otros, puede aprenderse, enseñarse, mediarse y facilitarse mediante un trabajo docente que focalice en el desarrollo de esas habilidades y la gestión efectiva de recursos mínimos para llevarlo adelante.

Las relaciones laborales del personal:

En las maternidades, como en todas las entidades de salud, las relaciones laborales a nivel institucional se regulan de acuerdo a convenios colectivos de trabajo, los mismos tienen similitudes y diferencias de acuerdo a si regulan la actividad de los trabajadores del ámbito público o privado, en el marco del derecho. Los aspectos

comunes de estos convenios incluyen el salario, la jornada laboral, el descanso semanal, la licencia anual reglamentaria, las licencias por motivos especiales (enfermedad, matrimonio, maternidad, fallecimiento de familiar directo, etc.) los beneficios sociales y las sanciones previstas para situaciones de incumplimiento de obligaciones de las partes. Se diferencian en monto del salario base, los días de licencia especial y/o anual reglamentaria, los mecanismos de aplicación de sanciones y la extensión de los beneficios.

Dichos convenios contemplan y establecen el marco regulatorio para la actividad sindical, esto incluye la representación por delegados gremiales institucionales y las medidas que de ello se desprendan en ejercicio del derecho a huelga, trabajo a reglamento y otras situaciones de conflicto laboral. El espíritu de los convenios colectivos de trabajo es establecer los derechos de los trabajadores y promover su cumplimiento evitando abusos y favoreciendo un desempeño en armonía. Sin embargo, en el caso puntual de la salud, estos convenios no han sido actualizados o rediseñados a la luz de la evolución de lo que hoy implican las nuevas culturas institucionales, las necesidades de los usuarios de los servicios de salud y los derechos que responden a esas necesidades, de manera que no entren en conflicto generando tensiones en los involucrados, fundamentalmente el personal de salud afectado a la atención y el cuidado y los usuarios. Estas tensiones en la práctica cotidiana se manifiestan en relaciones disruptivas entre pares y con la supervisión, que es en la escala de autoridad la más inmediata, interfieren con el desarrollo de las acciones de atención y cuidado y secundariamente generan falta de empatía y malestar en los usuarios. La reiteración frecuente o la permanencia de esta situación, puede socavar la confianza y la valoración de la comunidad, la cual pierde la referencia sanitaria con la institución como primera fuente de atención y cuidado, modifica drásticamente sus hábitos de consulta limitándolos a situaciones de extrema urgencia, todas conductas que impactan en la salud y que son difíciles de revertir. Si bien este no es uno de los ejes que se pretende trabajar en esta tesis, se considera necesario hacer mención como parte de la realidad cotidiana de las maternidades, que atraviesa las relaciones entre los equipos de trabajo y, por lo tanto, la vida institucional adicionándole complejidad. Es entonces un componente que el facilitador debe conocer, para familiarizarse con el convenio colectivo de trabajo que

rige para la maternidad en la que se desempeñará, generar habilidades para las relaciones con el personal de salud en el marco de esta cuestión medular y planificar acciones para la mejora factibles de concretar en ese marco.

Capítulo III:

Formación de un recurso humano con enfoque innovador

El facilitador: un nuevo recurso humano

El facilitador es un artífice del enseñar haciendo, es modelo para la enseñanza de actitudes y procedimientos, motivo por el cual debe mostrar amplio dominio de su *expertise*. Es una figura fundamental y necesaria para la transformación de la práctica profesional cotidiana, como expresión del conocimiento y cuya transferencia es la mejora del cuidado en salud.

Ya a principios del año 2000 los cambios en el rol docente habían sido ampliamente abordados en la literatura sobre temas educativos de los últimos diez años (Dumas J *et al*, 2001, p.40). Implica un cambio de concepción: de un modelo centrado en quien enseña a un modelo centrado en las necesidades de quienes aprenden. Ésta transformación hace del docente un tutor, dinamizador (Salinas J, 2004, p.7) o “facilitador” (Sigalés C, 2004, p.4) del proceso de aprendizaje de otros. Particularmente hay algunos escenarios, como es el caso del ámbito de la salud, donde es francamente deseable el cambio de perfil del docente, asumiendo la integración en las dinámicas propias de la incorporación de nuevas tecnologías a la vida profesional cotidiana (Cruz Quevedo *et al*, 2008, p.63). En la actualidad, la transmisión de información es reemplazada por la orientación en la búsqueda de información especializada confiable. El facilitador y su grupo de influencia, se ven relacionados entre sí y con el conocimiento. Esto sucede, a través de lo que algunos autores denominan, fenómeno de convergencia de medios (Salaverria R, 2003, p.37 y Gertrudix F, 2006, p.8) donde el lenguaje oral, escrito, gestual y lo multimedia se combinan. Este fenómeno requiere de un facilitador que interprete el lenguaje y la lógica de las distintas formas de presentación de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales (Coll C *et al*, 1995, p.24), que encuentre los momentos adecuados de interacción y motivación, en aras de generar ambientes ricos en posibilidades de aprendizaje.

En la descripción de las funciones del facilitador, también se lo reconoce como mediador de un proceso, en el que los individuos asumen la iniciativa en el diagnóstico de sus necesidades de aprendizaje, identifican recursos necesarios para lograrlo, eligen y aplican las estrategias adecuadas y evalúan los resultados (Knowles, 1975, p.18).

Douna Crooks y cols. afirman que facilitar las competencias en la solución de problemas, es la función que corresponde al facilitador y se realiza a través del énfasis en cinco habilidades y disposiciones:

- Autoevaluación
- Reflexión
- Pensamiento crítico
- Administración de información
- Habilidades de trabajo en grupo

(Crooks *et al*, 2001, p.58)

De acuerdo a lo anteriormente dicho, resultan funciones relevantes del facilitador: relacionar los contenidos teóricos, contextualizarlos, acercarlos a la realidad, proveerles significatividad, apuntar al desarrollo de procesos de reflexión y pensamiento crítico del grupo con quien trabaja, desde el conocimiento previo, favoreciendo la construcción de nuevos conocimientos, que posibiliten la transformación de la práctica.

Hay antecedentes locales y de otros lugares del mundo donde se han implementado estrategias similares, que involucran un agente “facilitador”, “entrenador”, “capacitador” o “mediador de conocimiento”, cuyos resultados muestran los beneficios de su inclusión. Se citan a continuación algunos de ellos:

El programa de capacitación en cuidados esenciales del recién nacido (ECN) para disminuir la mortalidad neonatal fue implementado por enfermeras universitarias certificadas en dicho programa. Las mismas capacitaron a 123 parteras de 18 centros urbanos de salud comunitaria en Zambia, en la recopilación de datos (una semana) y en ECN (una semana) como parte de un estudio controlado para probar el impacto clínico de la implementación de ENC. Los resultados mostraron que el entrenamiento con ENC disminuye la mortalidad neonatal temprana, y el impacto es mayor en los lactantes de madres sin educación secundaria. El impacto de ENC puede mejorar por la formación de los trabajadores de salud, en esta oportunidad las parteras, que tratan a las mujeres con menos educación formal (Chomba E *et al*, 2008, p.5)

Hay estudios que muestran como la puesta en práctica, así como los resultados de investigaciones participativas basadas en la comunidad, mediadas por un agente facilitador o agente nexo benefician a dicha comunidad, a los trabajadores de salud y a los mismos investigadores porque crea vínculos entre la comunidad y los científicos a través de compartir el conocimiento y las valiosas experiencias (Viswanathan M et al, 2004, p.40). La investigación participativa basada en la comunidad es un enfoque de investigación colaborativo diseñado para asegurar y establecer estructuras para la participación de las comunidades afectadas por el tema en estudio, representantes de organizaciones e investigadores en todos los aspectos del proceso de investigación para mejorar la salud y el bienestar, incluido el cambio social a través de la medición o valoración.

El papel de los facilitadores en las intervenciones controladas (aleatorizadas o no) es un factor esencial la adherencia al protocolo y el apego a lo planificado, evitando todo aquello que no ha sido protocolizado o estandarizado. La fidelidad de las intervenciones mediadas por facilitadores hace que los resultados obtenidos puedan atribuirse a la intervención y no a otro factor (Cruz Quevedo et al, 2008, p.66).

En Argentina hay un antecedente de experiencias de capacitación en maternidades que surge como iniciativa de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, que crea el Programa Nacional de Capacitación en servicio, por Resolución 2189/2010. La estrategia de capacitación en terreno mediada por profesionales de salud en rol de facilitadores y capacitadores consiste en una intervención a medida de las necesidades detectadas y sobre las que se trabaja desde el consenso para lograr la eficacia del programa. Dicha estrategia se enfoca prioritariamente en aspectos de la práctica clínica por lo cual tiene un fuerte componente disciplinar. Fariña y col, publican la experiencia y concluyen que, según la experiencia realizada y los resultados obtenidos, la estrategia de implementar Programas de Capacitación en Terreno resulta factible, eficaz y promisorio (Fariña D et al, 2012, p.17).

“Train the trainer” es un método eficaz para difundir conocimiento basado en evidencia, es menos costoso que los métodos tradicionales y permite adaptarse a

cuestiones locales (Yarber L *et al*, 2015, p.6) y tiene el potencial de alcanzar una mayor cobertura.

Revisando la evidencia se concluye que la problemática puede abordarse mediante la generación de consensos de atención y de cuidado seguros, así como de estrategias para optimizar el uso de los recursos disponibles. De allí se interpreta la necesidad de contar con un recurso profesional, capacitado en herramientas específicas no disciplinares capaz de contribuir para la transformación de esta realidad sociosanitaria.

Un aspecto crucial para el logro del cumplimiento de las metas en salud materno infantil es la accesibilidad a los servicios de salud para dicha población. Sin embargo, es necesario además que esos servicios estén organizados regionalmente, suficientemente abastecidos de insumos y equipamientos, con una dotación de recursos humanos calificados en número adecuado para poder asistir a las mujeres durante el ciclo reproductivo y a los recién nacidos (CLAP, OPS, OMS, 2011). Mejorando la calidad de atención, se mejoran los resultados. Mejorar la calidad de atención implica optimizar las habilidades de gestión, comunicación, capacitación y práctica desde adentro de las instituciones. Considerando que hay sólida evidencia en cuanto a prácticas saludables y seguras para la atención y el cuidado materno infantil, existiendo documentos, programas de entrenamiento y legislación vigente al respecto resulta manifiesta la necesidad de un nexo entre ese conjunto de conocimientos y los efectores que tienen que implementarlo.

Un recurso humano profesional capacitado especialmente para el abordaje integral del problema en todas las dimensiones que implica la complejidad del mismo y del sistema de salud en el cual se encuentran inmersas las maternidades sería la herramienta estratégica que materializaría ese nexo. La figura del facilitador (Palés J y Gual A, 2004, p.7) es una alternativa viable teniendo en cuenta la versatilidad necesaria. Estos facilitadores en el ejercicio de su rol, podrían liderar los procesos de reflexión y debate en los equipos de salud, así como motorizar los cambios necesarios para su concreción. La propuesta de esta tesis, respecto del facilitador como un recurso humano innovador, se considera superadora de otras experiencias porque quedaría capacidad instalada en un recurso humano local de la maternidad

provisto de herramientas disciplinares y no disciplinares que luego puede replicar, mediar procesos de gestión, capacitar, evaluar y generar referentes puntuales por áreas, ampliando y retroalimentando todos los procesos.

La expectativa es que, como consecuencia de la transferencia generada por la intervención de estos agentes facilitadores, se contribuya a un mejor funcionamiento de las maternidades, de los grupos de trabajo del área perinatal, que se mejore el vínculo con las autoridades institucionales, otros servicios de la maternidad y las autoridades gubernamentales, traduciéndose en acciones específicas que redunde, en una optimización concreta de la atención y el cuidado de la salud de madres y niños, contribuyendo a disminuir la morbi mortalidad perinatal. Se proyecta elevar la propuesta de esta tesis a las autoridades competentes (por ej. Dirección de Maternidad e Infancia) con la finalidad de que consideren la factibilidad de implementar la formación de facilitadores en grandes maternidades del ámbito público y poder llevar a cabo la investigación planteada con el propósito de poder establecer el efecto del facilitador en ejercicio de su rol en ese ámbito.

Perfil del facilitador:

Se pretende un profesional de salud con conocimiento y habilidades para facilitar la mejora integral de las maternidades motorizando un cambio en la gestión institucional en forma bidireccional: fortaleciéndola hacia el interior para que genere apertura hacia el exterior vinculándose efectivamente con la comunidad y las autoridades de salud. Estas habilidades son indispensables para el diagnóstico de situación, la motivación y puesta en marcha de las modificaciones necesarias para establecer una cultura de asistencia y cuidado seguro basado en evidencia. Para incorporarse a la primera edición del programa de capacitación de facilitadores se convocarán profesionales de salud vinculados al área materno infantil, con interés en el trabajo de capacitación con modalidad de asistencia técnica, que acrediten un mínimo de cinco años de experiencia asistencial. El requisito de ser profesionales de salud del área implica contar con conocimiento técnico específico. La asistencia técnica en servicio, es una forma de capacitar a los equipos de salud durante el “trabajo en acto” y además fortalecerlos para la gestión que de alguna manera representa en pequeña escala, aunque no integralmente, el *modus operandi* del

facilitador. La asistencia técnica se plantea como una intervención puntual en un servicio, por parte de profesionales capacitadores, donde se toman algunos aspectos prioritarios previamente diagnosticados para la mejora, se pone el énfasis en las habilidades técnicas del personal que implementa cuidado directo y en habilidades para la gestión de quienes ejercen la conducción del servicio. El modelo de facilitación de procesos, a través del rol del facilitador, se plantea como superador del actual que es la asistencia técnica y es innovador por el abordaje integral y simultáneo que se plantea de los tres pilares institucionales antes mencionados: gestión, capacitación e infraestructura, priorizando incrementar el conocimiento como herramienta para instrumentar las mejoras.

Proceso de selección de participantes para la formación de facilitadores:

La convocatoria abierta a las maternidades se realizará a través de la página de la entidad, donde se afinque el proyecto (FUNDASAMIN- Fundación para la Salud Materno Infantil www.fundasamin.org.ar). Los aspirantes a participar serán contactados telefónicamente para concertar una entrevista personal con el equipo coordinador del programa para conocer la inserción laboral del aspirante, sus intereses y proyección profesional. El equipo coordinador del programa de facilitadores se conformará con una pedagoga especializada en equipos de salud, un especialista en investigación cualitativa, un médico y una enfermera del área de salud materno infantil. Conjuntamente en el equipo docente trabajarán un sociólogo, un estadístico, una pediatra con formación en epidemiología y un equipo de psicólogos especializados en cuidado de cuidadores.

Formación de facilitadores

Hay diferentes modelos pedagógicos que se proponen para la formación de recursos humanos en salud que están orientados a trabajar un área específica del conocimiento, las habilidades o las actitudes. Para la formación de facilitadores, revisando la literatura y experiencias publicadas, el modelo "Train the trainer" (Orfaly R *et al*, 2005, p.125) es factible de utilizar por ser flexible, bien recibido por los participantes y sostenible en el tiempo.

La formación de facilitadores surge como respuesta a una necesidad de recurso humano para desempeñarse en servicios de salud materno infantil mediante un conjunto de intervenciones docentes, asistenciales, organizativas y de gestión, con el objetivo de mejorar los procesos que esas áreas involucran y la comunicación institucional, para que redunden en optimización de la atención y el cuidado a la población de madres y recién nacidos. Para ello se propone un programa de formación innovador y específico, basado en el modelo constructivista de “aprehender” que abarca los cuatro pilares educativos: del saber, del saber ser, del saber hacer y del saber convivir (Delors J, 1996, p. 95). La intención es que esta perspectiva impregne el quehacer cotidiano de los facilitadores, dado que el “aprender haciendo” (Navarro I y Cabezas M, 2009,p.247) es una forma de enseñanza deductiva, es una conjunción de la teoría y la práctica, que utiliza estrategias de razonamiento, donde el punto de partida es un problema de la realidad, que se aborda a través de la participación activa de los implicados, integrando conocimientos a través de múltiples recursos (Consejo Nacional de Educación, Perú, 2011). A través del desarrollo del programa se espera que los atributos y habilidades propias de los profesionales aspirantes a facilitadores, pueden ser moldeados, refinados y optimizados para el desarrollo de su rol (Dumas J, 2001, p.42), sin desestimar que las capacidades adquiridas no dependen solo de los contenidos ofrecidos y de la calidad de los mismos sino de cómo cada uno de ellos los procese, los incorpore, los reflexione y los contextualice, en su ámbito de desempeño.

Teniendo presente los tres aspectos básicos que constituirán los ejes de trabajo del futuro facilitador: la gestión, el recurso humano y la infraestructura, se proyecta ofrecer desde el programa un conjunto de herramientas básicas de gestión, comunicación y docencia sobre las cuales pueda dar anclaje a la facilitación de procesos. La facilitación implica motivar y enseñar personas, acompañar procesos y agilizar gestiones promoviendo la autoevaluación que fomenta una autonomía responsable, dinámica y efectiva de las instituciones y sus integrantes. Es por lo tanto un *modus operandi* superador del “hacer para otros”, es “hacer con otros” y en esa modalidad el conocimiento y la experiencia son una construcción, que deja aprendizaje y capacidad instalada para el futuro. Es fundamental que quien aspire a ser facilitador internalice este proceso, imprescindible para cumplir con el objetivo

de su rol, que no es permanente sino absolutamente eventual por un lapso de tiempo variable de acuerdo a las características propias de cada institución y su problemática.

Metodología de enseñanza aprendizaje:

Basada en un modelo constructivista (Piaget, Vigotsky, 1979. Ausubel, 1983) se propone la participación activa de los profesionales incluidos en la escuela de facilitadores, para aplicar los ejes teóricos y metodológicos que conforman el contenido de cada módulo, en actividades concretas y realizables. La intención es que esta perspectiva constructivista impregne el quehacer cotidiano de los facilitadores, dado que el “aprender haciendo” es una forma de enseñanza deductiva, es una conjunción de la teoría y la práctica, que utiliza estrategias de razonamiento, donde el punto de partida es un problema de la realidad y se aborda a través de la participación activa de los implicados, integrando conocimientos a través de múltiples recursos.

Esta didáctica sustentada en el constructivismo, favorece los cuatro pilares educativos: del saber, del saber ser, del saber hacer y del saber convivir, constituye una manera de entender el proceso de enseñanza aprendizaje que implica ser protagonista y gestor de los propios procesos, condición inherente al rol del facilitador, para ser internalizada por las personas o grupos de influencia.

Los contenidos y las actividades están orientados a enriquecer el bagaje personal y profesional de los facilitadores para liderar procesos de cambio en la institución de salud a la que sea convocado. Los núcleos temáticos a desarrollar en el marco del programa de formación de los facilitadores son:

- Aprendizaje del adulto
- Comunicación efectiva
- Liderazgo
- Diagnóstico de situación en servicios de salud
- Diseño de capacitaciones
- Dinámica de grupos
- Evaluación de las intervenciones en salud
- Elaboración de proyectos

Se propone un programa de formación para los facilitadores (ver al pie del párrafo) a través de módulos que abordan los diferentes núcleos temáticos en forma sucesiva a través de un hilo conductor que propicia la integración dinámica de los contenidos. Cada encuentro toma un núcleo temático que se articula con el resto contribuyendo a una visión integradora de los procesos en el campo de la salud materno infantil. Las temáticas son originales, exceden los temas propios de la profesión de base y preparan para el desarrollo de una función que demanda habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales, en un marco de creatividad sustentado en sólida evidencia. Es imprescindible la participación activa de los participantes a fin de adquirir habilidades para aplicar los ejes teóricos y metodológicos, que conforman el contenido de cada módulo, en actividades concretas y realizables.

Es un programa teórico práctico que aborda cada temática propuesta desde un marco teórico amplio y pluralista con una continua bajada a la implementación mediante ejercicios de aplicación basados en estrategias de simulación, *role playing*, discusiones guiadas para la argumentación, armado de propuestas y elaboración de proyectos. Los docentes, desde sus diferentes disciplinas: medicina, psicología, sociología, enfermería y pedagogía, son especialistas con enfoque en salud materno infantil, experimentados en el trabajo con equipos de salud. La modalidad de cursada es un encuentro presencial quincenal durante cinco meses y luego un periodo de actividad en terreno, cumplimentando un total de 180 horas teórico prácticas. Los materiales didácticos y las consignas para actividades diferidas se presentan a través de una biblioteca virtual.

a) Programa de formación de Facilitadores

Propósito:

El propósito general de la escuela de facilitadores es promover la mejora del cuidado y la atención en las maternidades, para contribuir, en línea con los ODM en la disminución de la morbimortalidad perinatal.

El facilitador es quien “hace algo más fácil”, favoreciendo la detección, participación y gestión de los recursos necesarios, de manera tal que las personas o los grupos

desarrollen sus potencialidades, para el logro de un fin propuesto. Se espera que, como contribución de la dinámica laboral impulsada éstos agentes facilitadores, los grupos de trabajo del área perinatal modifiquen su práctica profesional, traduciéndola en acciones concretas de gestión, asistencia y autoevaluación.

Objetivos:

Formar profesionales de salud del área materna infantil, con aptitudes, conocimientos y habilidades específicas para desempeñarse en el rol de facilitadores.

Objetivos específicos:

La capacitación brindada en la escuela de facilitadores propiciará que al finalizar la misma cada profesional se encuentre en condiciones de:

- Elaborar un diagnóstico rápido de la situación asistencial y/u organizativa de un servicio de maternidad.
- Identificar fortalezas y debilidades de la gestión.
- Detectar las necesidades, de aprendizaje en los equipos de trabajo y planificar intervenciones en consecuencia.
- Capacitar, acompañar y orientar para el logro de los objetivos propuestos.
- Identificar líderes en los grupos de trabajo para futuros referentes locales.
- Evaluar los procesos y el impacto en los resultados del cuidado y la atención.

Desarrollo del programa:

Primer encuentro: Aprendizaje del adulto

- Presentación de autoridades institucionales y lineamientos generales de los proyectos en curso.
- Psicología y pedagogía del aprendizaje del adulto.
- Facilidades y obstáculos para el aprendizaje.
- Diseño de situaciones de aprendizaje.
- Aprendizaje significativo.
- Requerimientos del aprendizaje y su aplicación en la instancia laboral.

Segundo encuentro: La comunicación como herramienta esencial para el rol del facilitador

- Concepto de facilitador y tendencias actuales del rol.
- Cualidades que hacen al buen desempeño del rol.
- Competencias y saberes.
- Procesos de grupo y acciones del facilitador centradas en el grupo.
- La comunicación como herramienta.
- Sistemas de comunicación y representación: lenguaje verbal y no verbal.
- Niveles de comunicación.
- Inteligencia emocional y formación.
- Comunicación asertiva.

Tercer encuentro: Punto de partida de una intervención

- Diagnóstico de situación institucional.
- Técnicas diagnóstico situacional (Rapid Assessment Procedures, RAP).
- Introducción a algunas técnicas cualitativas: entrevistas grupales, observación participante.
- Problemas grupales: identificación, técnicas para alternativas colectivas de resolución.

Cuarto encuentro: Diseño básico de capacitaciones

- Enfoques didácticos: centrado en contenidos, centrado en habilidades, centrado en conocimientos.
- Factores que influyen en el diseño.
- Detección de necesidades de formación y entrenamiento.
- Determinación de objetivos y elección de contenidos.
- Planificación de una capacitación.
- Elementos de un programa.

Quinto encuentro: Recursos didácticos

- Recursos audiovisuales.
- Técnicas de simulación.
- Elaboración de materiales: modelos y etapas.
- Función de los manuales de capacitación.
- Contenidos de un manual de capacitación.

- Elementos de una guía.

Sexto encuentro: Dinámica de los grupos de aprendizaje

- Acercamiento conceptual a la dinámica de grupos: trabajo en/de/con grupos; dinámicas, juegos y actividades de interacción.
- Etapas del trabajo con actividades: análisis, introducción, experimentación y evaluación.
- Tecnologías participativas.
- Criterios para la selección de actividades: objetivos del grupo, tamaño, características, experiencia y capacidades del coordinador.

Séptimo encuentro: Estrategias de capacitación

- Exposición unipersonal y en equipo.
- Exposición con espacios de preguntas previstos.
- Exposición disparadora y trabajo con emergentes.
- Exposición con bloque teórico y práctico.
- Estudio de casos.
- Grupos de discusión.
- Selección de las estrategias.

Octavo encuentro: Liderazgo

- Liderazgo en el ámbito profesional de la salud.
- Cualidades del líder y perfil de liderazgo.
- Ejercicio del liderazgo en el trabajo profesional cotidiano.
- Toma de decisiones.
- Detección y fomento de aptitudes para el liderazgo.
- Formación para el liderazgo.
- Interacción y resolución de conflictos.
- Desafíos del facilitador de pares.

Noveno encuentro: Evaluación

- Concepto de evaluación y sus elementos básicos.
- Datos e indicadores
- Evaluación formativa, de proceso y sumativa.
- Evaluación de transferencia y de aprendizaje.
- Técnicas y procedimientos.

- Instrumentos de evaluación.

Décimo encuentro:

- Guía para la interpretación básica de resultados de la evaluación.
- Elaboración de informes de capacitación.
- Evaluación de la escuela de facilitadores.

Coordinación docente:

A cargo de cuatro docentes: una pedagoga y tres profesionales de salud, uno con formación docente, uno con especialidad en efectividad clínica y otro con especialidad en investigación cualitativa.

Docentes:

Profesionales de salud especializados en gestión hospitalaria, psicología, pedagogía, investigadores sociales y de salud.

Modalidad:

La escuela de facilitadores se llevará a cabo a través de encuentros quincenales comenzando en marzo y finalizando en julio. Durante la primera mitad del año, se realizará un encuentro de ocho horas, un viernes cada dos semanas para el desarrollo de contenidos y ejercitación práctica de cuestiones instrumentales. En la segunda mitad del año, se propondrá a los participantes realizar una experiencia en terreno de implementación de los contenidos trabajados en los encuentros del primer semestre en la institución de pertenencia. El programa tiene prevista una carga horaria de 180 horas teórico prácticas.

Las evaluaciones de proceso se llevarán a cabo en cada encuentro mediante actividades de aplicación y la evaluación integradora final en modalidad taller.

El programa tiene previstas evaluaciones de proceso al final de cada encuentro y una evaluación sumativa final, todas las evaluaciones consisten en actividades integradoras que van involucrando progresivamente los contenidos trabajados en cada uno de los módulos. Las evaluaciones concebidas como una instancia más del proceso de aprendizaje, resultan enriquecidas con la presentación y discusión grupal de las actividades que cada participante va generando como producción individual. Esta modalidad de evaluación es en sí misma un ejercicio de los desafíos cotidianos

del rol que ponen en juego capacidades como la creatividad, la negociación, la argumentación y el liderazgo.

Modelo de evaluación integradora final Escuela de Facilitadores

Consigna:

- Lea la presentación de caso.
- Plantee los ejes sobre los cuales realiza el diagnóstico de situación al/los servicios.
- Defina los objetivos generales que se propone alcanzar.
- Realice una lista de problemas.
- Seleccione dos problemas que considere prioritarios.
- Enuncie una estrategia de abordaje para los dos problemas seleccionados.
- Determine un conjunto de datos básicos que se propone recolectar y justifique su decisión.
- Establezca los lineamientos generales de una propuesta donde se encuentren contemplados los aspectos fundamentales de su plan de mejora con detalle del cronograma de implementación.

Un hospital ubicado en la Provincia de Buenos Aires funciona desde hace 15 años. El servicio de pediatría inició sus actividades junto con la apertura del hospital. Los profesionales provenían de otros hospitales, habían completado su residencia hacía pocos años y conformaron un equipo que se jerarquizó con el tiempo. El servicio de neo fue inaugurado algunos años después como respuesta a la demanda y las características de la población atendida. Tenían solo dos médicos neonatólogos y progresivamente incorporaron otros. Durante años los profesionales estuvieron becados, sin pasar a planta, lo que generó distintos problemas que resultaron en la renuncia del 80% de los pediatras. Cuando el hospital comenzó a funcionar tenía 1300 partos anuales. Actualmente el promedio es de 2600. Habitualmente tienen 12 recién nacidos internados en neonatología incluyendo hasta 5 en respirador. Este año inició la residencia de Neonatología pero no tienen instructor aún. Los turnos de

enfermería son cinco y se suelen cubrir la mayoría de las veces con 2 enfermeras por turno.

No hay personal administrativo asignado a neonatología por lo que no se dispone de estadísticas recolectadas sistemáticamente.

La relación con la dirección del hospital no es muy fluida, aunque el director opina que es un servicio valioso.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación conjuntamente con UNICEF lo convocan a Ud. y su equipo, para realizar un diagnóstico de situación, establecer un plan de trabajo y presentar un preliminar de los resultados a los tres meses de haber iniciado actividades en el hospital, para que las autoridades definan lineamientos generales para la puesta en marcha de un programa.

Grilla para evaluación final con modalidad taller

Grupo	Propuestas de mejora	Evaluación y comentarios	Integrantes del grupo
1		Presentación: Justificación: Objetivos: Estrategias:	
2		Presentación: Justificación: Objetivos: Estrategias:	
3		Presentación: Justificación: Objetivos:	

		Estrategias:	
4		Presentación: Justificación: Objetivos: Estrategias:	

1. La intervención de los facilitadores

El facilitador inserto en la institución de salud, trabaja sobre tres áreas fundamentales: la gestión, el recurso humano y la infraestructura. Estas áreas a su vez se interrelacionan permanentemente y tiene influencia directa sobre todos los procesos de la asistencia y el cuidado que se llevan a cabo en el marco de la institución. El esquema de trabajo del facilitador consta de los siguientes pasos: sensibilización, diagnóstico de situación, identificación de referentes, capacitación, evaluación y retroalimentación. Cada uno de los pasos, define etapas que, en forma independiente e interdependiente, revisten una importancia sustancial. La propuesta de esta secuencia de las acciones se fundamenta en la necesidad de lograr una situación cercana a lo óptimo donde el facilitador tenga acceso a la información fehaciente y en profundidad para transformarlas en datos objetivos de la realidad, detectar los núcleos de conflicto o dificultad y luego poder establecer líneas de trabajo para la implementación de la mejora conjuntamente con los referentes identificados.

El punto de partida es la sensibilización, imprescindible para transparentar frente a los integrantes de las diferentes áreas lo que se va a realizar, con qué objetivo, como se va a desarrollar y cuáles serían los beneficios, en términos de mejora, de formar

parte activa de este proceso e iniciar un vínculo de confianza, fundamental para el éxito de cualquier acción posterior. La sensibilización tiene entonces dos objetivos principales: presentar lo que se va a desarrollar y fomentar un clima de confianza donde los actores institucionales puedan comprender los objetivos y se motiven a participar. Se implementa mediante un encuentro presencial en día y horario central y encuentros satélites, en diferentes días y horarios, a fin de garantizar la máxima cobertura de días y horarios, haciéndolo accesible para todos los integrantes de la institución.

El diagnóstico de situación o evaluación diagnóstica es fundamental para que el facilitador pueda establecer el punto de partida para sus futuras intervenciones. Se debe solicitar a las autoridades institucionales autorización para la recolección de información en base a entrevistas y observación. El proceso va mediado por la observación guiada por los instrumentos puestos a disposición para tal fin (ver al final del párrafo), la observación incidental con notas del facilitador y las entrevistas a los diferentes actores implicados en todos los procesos, para poder establecer los núcleos problemáticos y priorizar las líneas de acción posteriores en consecuencia.

Instrumentos para la acción facilitadora

Instrumento para la evaluación de los servicios de Maternidad

Autores: Dres. Miguel Larguía, Luis Prudent, Celia Lomuto, Enrique Colombo, Diego Enríquez.

		0	
GUIA DE EVALUACION DE SERVICIOS DE MATERNIDAD			
Ingreso de datos			
CAPITULO I - PLANTA FISICA			
Requisitos comunes a todas las áreas			
Recursos Limitantes: De no Cumplir los Items: 1,4,7,8,9,10,11. Se Borrará la suma total			

1	Dispone de agua potable, redes cloacales y cámaras sépticas funcionando correctamente	
2	Se controla periódicamente la higiene de los tanques de agua	
3	Los pisos y paredes de todas las áreas se encuentran en buen estado de conservación	
4	Todas las áreas tienen suficiente luz natural e iluminación adecuada para actividades diurnas y nocturnas	
5	Cuenta con circuitos alternativos de ingreso de corriente eléctrica	
6	Todas las áreas se hallan adecuadamente señalizadas	
7	Existen salidas de emergencia señalizadas que permiten la fácil evacuación de todas las áreas	
8	Existen equipo anti incendio reglamentario en todas las áreas.	
9	Existen comunicaciones electrónicas y/o telefónicas entre las diferentes áreas, el resto del centro asistencial y el exterior.	
10	Todas las áreas tienen comodidades para el lavado de manos	
11	Cuenta con disponibilidad de Oxígeno en todas las áreas (Sistema cerrado ó Tubos)	
12	Cuenta con Depósito para medicamentos e instrumental en todas las áreas	
13	La planta física es adecuada para la circulación de usuarios o familiares discapacitados	
		Total
I.a. Area de Atención Ambulatoria		
Para todos los niveles de Atención: I,II y III		
Recursos Limitantes: De no Cumplir los Items 14,17,18,20,23,24,		
14	Cuenta con un consultorio con lavatorio para atender tres o cuatro embarazadas/ puérperas por hora, de manera que pueda destinarse 15 a 20 minutos a cada embarazada. Superficie mínima será de 7,5 m ² , con un lado mínimo de 2,5 m	
15	Consultorios disponibles para atención matutina y vespertina (continua)	
16	Cuenta con sala de espera con una superficie de un metro cuadrado por promedio diario de consulta individual	
17	Las Salas de espera tienen asientos en cantidad suficiente para la demanda, de manera que no haya nunca embarazadas paradas. Superficie mínima 4 m ²	

18	Hay sanitarios adecuados para mujeres y hombres en la sala de espera (con inodoro, lavamanos y elementos de higiene), y son limpiados de manera frecuente.		
19	Consultorios para atención individual, de características similares al anterior pero con Baño		
20	Consultorio separado para otros procedimientos (curaciones Patología Cervical). Superficie mínima: 7,5 m2		
21	Espacio para educación sanitaria o actividades docentes o de difusión		
22	Espacio para el servicio social		
23	Espacio para recepción y archivo de documentación.		
24	Iluminación adecuada para las actividades tanto diurna como vespertina		
		Total	
	Para los Niveles II y III con Internación		
25	Cuenta con Consultorio de Guardia o Admisión a la Internación, que funciona las 24 hs. con las mismas características descriptas para los Consultorios ambulatorios		
		Total	
I.b.Salas de Internación			
Para Niveles II y III			
Recursos Limitantes: De no Cumplir los Itmes 26,30,31,33,34,37,38,39,41,43,46-50			
26	Cuenta con una cama cada 100 partos anuales más 20% para internaciones durante el embarazo		
27	Permite agrupar a las mujeres según las causas de internación y por niveles de riesgo		
28	En salas de internación compartidas, cuenta con elementos de separación fijos o móviles entre las camas para respetar la privacidad de las mujeres		
29	Este sector posibilita llevar a cabo actividades grupales de educación para la salud		
30	El espacio asignado es suficiente para alojar al recién nacido en su cuna, junto a la cama de su madre y permitir las funciones médicas y de enfermería para ambos (se estima 9 mts2. por cama/cuna).		
31	Cuenta con Estación de enfermería		
32	Cuenta con sala ó consultorio para exámenes especiales		
33	Cuenta con Área de almacenamiento de ropa limpia		
34	Cuenta con Área de acopio de ropa sucia		
35	Cuenta con Área de elementos de limpieza		

36	Cuenta con Área para limpieza de instrumental		
37	Cuenta con Chatero ó pileton para el lavado de chatas		
38	Cuenta con Oxígeno y aspiración (fijo ó portatil) en cada Sala en caso de internación de mujeres de riesgo		
39	Cuenta con baño completo con ducha, como máximo, cada 4 camas de internación		
40	Cuenta con Baño separado para el personal		
41	Cuenta con Lavatorios, para lavado de manos: 1 cada 4 camas, o uno por habitación		
42	Cuenta con Iluminación adecuada.		
43	Cuenta con Temperatura y ventilación adecuada		
44	Cuenta con Pisos y paredes lavables		
45	Cuenta con Sala de espera para familiares		
46	Cuenta con señalización adecuada de cada Sala y de cada cama.		
47	Cuenta con salidas de emergencias señalizadas		
48	Cuenta con equipo anti incendio en condiciones adecuadas de mantenimiento		
49	Tiene medios de comunicación con el resto de la Maternidad, toda la Institución y el exterior.		
50	Las Salas de Internación se encuentran próximas al Centro Obstétrico y la Internación Neonatal		
		Total	
	Para Nivel III		
51	Cuenta con área/s para evaluación de salud fetal con monitoreo electrónico, equipamiento para punciones, ecógrafo, ecodoppler.etc.		
		Total	
I.c. Centro Obstétrico			
Para Niveles II y III			
Recursos Limitantes: 52-58,61,63,64,67,68,70-80,81,83-86,93,95,97,102,104,105			
52	Las Salas de Trabajo de Parto, Parto Recuperación y Quirófano conforman un centro Obstétrico		
53	Este Centro es un área de acceso semi restringido a Equipo de Salud, usuarias, familiares acompañantes		
54	El Quirófano es de acceso restringido		
55	Cuenta medidas de protección contra incendio, salidas de emergencia y plan de evacuación		
56	Pisos y paredes revestidas hasta cielorosos		
57	Cuenta con adecuada ventilación y temperatura (22-26°c)		
58	Cuenta con luces de emergencia o grupo electrógeno para las salas de parto y quirófano		
	Salas de parto o dilatantes		

	<i>(Nota: El período dilatante podría transcurrir en una sala/habitación de internación, pero contando con las mismas comodidades y requisitos)</i>		
59	Este sector es confortable y provee privacidad aún en habitaciones con camas múltiples, compartimentando espacios convenientemente con mamparas, cortinas u otro medio adecuado		
60	Hay espacio suficiente para que cada paciente esté acompañada por su familiar (familiar continente) y tiene acceso directo a un baño, dentro de la habitación o adyacente a la misma		
61	Se destina un mínimo de 9 m ² de por cada cama (establecimientos de bajo riesgo)		
62	Hay espacio suficiente para que las embarazadas puedan deambular en el trabajo de parto		
63	Hay una cama cada 500 partos anuales (mínimo dos)		
64	Cuenta con Provisión de oxígeno, succión y aire comprimido mediante sistemas centrales con conectores adecuados para cada cama, o por tubos y aparatos portátiles. Este equipamiento cuenta con dispositivos para medir y controlar el flujo		
65	Cuenta con Gabinete para ropa de cama y frazadas		
66	Cuenta con lugares apropiados para guardar pertenencias y ropa de pacientes, familiares y personal		
67	Cuenta con Iluminación ajustable adecuada a los requerimientos de las pacientes y para los exámenes		
68	Cuenta con Sistema de intercomunicación para emergencias		
69	Cuenta con Área de almacenamiento de equipos y suministros		
	Salas de Partos		
70	Hay una Sala de Partos por cada 1000 nacimientos. (Mínimo dos)		
71	Las Salas de Partos están contiguas al sector de parto o dilatante con facilidad de acceso y privacidad para la mujer y el familiar continente.		
72	La habitación para el parto normal tiene 16 m ² de superficie. La altura es de 3 metros.		
73	Cada Sala de Partos está destinada a la atención de una sola mujer.		
74	Las salas están adecuadamente iluminadas y la temperatura adecuada para evitar enfriamientos de la madre y el neonato.(24 a 26 ° C)		
75	Existe provisión de oxígeno, aire comprimido y aspiración (central en el establecimiento o por tubos y aparatología adecuada con medición y control de flujos), en cada sala de partos, tanto para la madre como para el		

	neonato		
76	Piletas para el lavado quirúrgico		
77	Área especial para el lavado y preparación del instrumental		
78	Estación de enfermería		
79	Hay una área de Recepción y Reanimación del recién nacido que cumple con las Normas, cada 3 Salas de Partos y/o Quirófano cercana a esas áreas..		
	Quirófanos		
80	Hay un quirófano cada 1500 partos (Mínimo uno)		
81	Está programado para estar en disponibilidad permanente para las intervenciones obstétricas.		
82	Cuenta con una superficie mínima de 25 m2 con un lado mínimo de 4.00mts.		
83	Tiene iluminación general (500 lux) y sobre el campo operatorio iluminación focalizada (de 3.000 a 10.000 lux, preferentemente luz fría)		
84	La ventilación debe asegurar condiciones de asepsia. Los filtros de aire deben tener capacidad para detener partículas desde 0,3 a 0,5 micrones		
85	Existe un área de lavado y vestuario del equipo quirúrgico en relación directa con el quirófano y con una superficie mínima de 6,00 mts2, con un lado mínimo de 2,5 mts.		
86	El área de lavado cuenta con piqueta integral para lavado quirúrgico con equipo de accionado a codo o pedal		
	Salas de recuperación o postparto in mediato		
	<i>Nota: Este ámbito ofrece flexibilidad funcional para permitir una función alternativa, adecuándolo a la demanda</i>		
87	Esta sala está ubicada en el Centro Obstétrico, con un número similar de camas a la sala de trabajo de parto.		
		Total	
	Nivel III		
88	Tiene un área específica para pacientes en postparto normal y un área separada para pacientes de alto riesgo con equipamiento similar a cualquier sala de recuperación quirúrgica (bocas de oxígeno, monitores, equipo de reanimación, etc.)		
	Unidades combinadas. Salas TPR		
89	Cuenta con sala TPR?		
90	Las salas TPR están dentro del centro obstétrico y cumplen las normas de bioseguridad, de circulación del personal y provisión de elementos propias de estos		

	sectores.		
91	Las salas TPR son amplias, con una superficie mínima de 25 m2, sin contar los sanitarios y un sector de 6 m2 aproximadamente destinado a guardar y ocultar los equipos		
92	El número de Salas TPR fue calculado teniendo en cuenta el número de partos anuales, las cesáreas electivas, el % ocupacional y el promedio de días de estada		
		Total	
	Terapia Intensiva para embarazadas/puérperas. Para Nivel III		
93	Hay posibilidad de derivar a embarazadas/puérperas al Servicio de terapia Intensiva del mismo Hospital		
94	En Maternidad es de mas de 4.000 partos anuales tiene un Servicio propio de Terapia Intensiva con una cama cada 1500 partos anuales		
		Total	
	I.d. Otros Sectores		
95	Oficina para el Jefe del Servicio		
96	Oficina para la Enfermera Jefe		
97	Oficina personal administrativo con archivo de documentación		
98	Salas de estar de profesionales		
99	Aula para profesionales / otras actividades docentes		
100	Oficina de Informática para carga de datos (SIP)		
101	Biblioteca propia o acceso a biblioteca central		
102	Habitaciones con baño con ducha para profesionales de Guardia		
103	Vestuarios con armarios para el personal		
104	Áreas de depósito de medicamentos, instrumental (sucio y limpio), ropa (sucia y limpia) y elementos de limpieza		
105	Baños para el público y el personal		
106	Cocina propia del servicio que permita calentar comidas, hacer infusiones, etc.		
107	Salas de espera para usuarias y visitas		
108	Hogar-Residencia de Madres/Embarazadas		
109	Otras áreas para la familia (Guardería, juegos para niños, cafetería).		
110	Área para Hospital de día para embarazadas		
111	Registro civil en la misma Institución		
		Total	

CAPITULO II- EQUIPAMIENTO		
Requisitos Comunes a todas las áreas		
Recursos Limitantes: 112,113,118		
112	Cada equipo que se adquiere tiene un presupuesto anual del 20% de su costo para insumos, por 5 años, con garantías prolongadas y contratado un servicio de mantenimiento preventivo y correctivo continuo	
113	La compra de equipos se hace con el asesoramiento y participación del Jefe del Servicio y el /los expertos reconocidos por él designados	
114	Se prioriza la compra de líneas o marcas únicas para evitar la diversificación en el manejo, services, repuestos, etc.	
115	Se adquieren equipos a fabricantes o representantes exclusivos con una antigüedad mínima en el país de 5 años, para garantizar la seriedad de la misma.	
116	Se consulta a Centros Perinatológicos importantes por su número de partos, desempeño y resultados, para la adquisición de equipos. Se dispone de fundamentos escritos.	
117	Se cuenta con envases de antiséptico de dosificación automática y toallas descartables para el lavado y secado de manos en todas las áreas.	
118	Existen recipientes lavables con tapa, con bolsas de polietileno (dos colores) para el depósito de residuos comunes y patológicos y cualquier otro material desechable en todas las áreas	
119	Existen recipientes lavables con tapa para el depósito transitorio de ropa sucia	
		Total
II.a. Area de Atención Ambulatoria		
Niveles I,II y III		
Recursos Limitantes: 120,121,123,124,129,130		
120	Los consultorios están equipados con: Escritorio, tres sillas, Camilla de examen ginecológico, fotóforo, escalerilla, balanza de pié para adultos, cinta métrica inextensible, gestograma, Estetoscopio de Pinard ó detector de latidos fetales, Estetoscopio biauricular, Tensiómetro, Descartador de objetos punzantes, Historias Clínicas Perinatales (HCPB) y Carnet perinatal para cada embarazada	

121	Cuenta con consultorio con: Camilla de examen ginecológico, Taburete, Espéculos vaginales de tamaños variados, Espátulas de Ayre, portaobjetos, baja lenguas, jeringas y agujas descartables, Colposcopio e insumos para colposcopia, Caja y Mesita para curaciones, Caja para colocación de DIU, Tambores de Acero inoxidable, gasas estériles empaquetadas, Material para hisopado vaginal y rectal, Recipiente para residuos con tapa y para residuos patológicos según norma de bioseguridad.		
122	Cuenta consultorios equipados con de detector electrónico de latidos fetales		
123	Guantes estériles y descartables en cantidad suficiente para ser utilizados en todos los procedimientos		
124	Equipo para esterilizar (estufa, autoclave o recibe regularmente material esterilizado en una central, incluyendo material descartable) en el área		
125	Tablas de valores normales de altura uterina y ganancia de peso en el embarazo		
126	Archivo para historias clínicas y otros documentos		
127	Equipo audiovisual para proyecciones (opcional)		
128	Material didáctico de preparación para la maternidad		
		Total	
	Nivel III	-	
	Al equipamiento equivalente al de la atención en el primer y segundo nivel de atención debe tener el siguiente equipamiento		
129	- ecógrafo,		
130	- monitor cardiotocográfico.		
		Total	
II.b. Salas de Internación			
Recursos Limitantes: 131,132,134,136,137,139,140-142,145,147-149.			
Para Niveles II y III			
131	Camas con colchones con fundas impermeables y lavables		
132	Cunas de acrílico con pie cromado y colchones de fundas impermeables y lavables para todos los recién nacidos		
133	Mesas de luz con comodidad para guardar pertenencias de la madre e hijo		
134	Biombos para dar privacidad a las mujeres que se revisan		
135	Sillas para cada cama		
136	Carro de curaciones		
137	Pies de suero		
138	Balanza		
139	Chatas		

140	Tensiómetros, Estetoscopios, Termómetros, Estetoscopios de Pinard/detectores de latidos fetales		
141	Recipientes de plástico con tapa con bolsas de polietileno de dos colores para residuos comunes y patológicos		
142	Historias clínicas para cada mujer y para cada recién nacido		
143	Equipos audiovisuales (TV, video reproductor).(Opcionales)		
144	Negatoscopio		
145	Camilla de traslados y sillas de ruedas		
146	Anafe de Cocina		
		Total	
	Para Nivel III Área de diagnóstico de salud fetal		
147	Monitores cardiotocográficos		
148	Ecógrafo-Doppler		
149	Equipo para punción amniótica bajo control ecográfico		
		Total	
II.c. Centro Obstétrico			
Recursos Limitantes:150,152-155,157-160,162-168,171-184, 186-188.			
Para Niveles II y III			
Salas de parto o dilatantes			
150	Camas con colchones con fundas lavables		
151	Mesitas de cama, taburetes y sillas para cada cama		
152	Provisión de material estéril (asegurado por provisión central o por equipos de propios del sector como autoclaves y/o estufas)		
153	Material para practicar exámenes vaginales(guantes y espéculos descartables o esterilizados)		
154	Estetoscopios de Pinard, Estetoscopios y tensiómetros		
155	Cardiotocógrafo		
156	Ecógrafo		
157	Camillas y sillas de ruedas		
158	Dispositivos para protección del personal expuesto a fluidos (antiparras, Camisolines impermeables, otros)		
159	Chatas		
160	Ropa de cama disponible en el área		
161	Escritorio y sillas para médicos, obstétricas etc.		
	Salas de partos		
162	Camilla/sillón de partos que permitan variar la posición de la mujer en el parto		
163	Mesa de instrumental, Taburete, Chatas, Soportes para sueros, escalera de 2 peldaños, Lámpara para sutura		
164	Dispositivos para protección del personal expuesto a		

	fluidos		
165	Instrumental , equipo y ropa para atención del parto vaginal, reparación de laceraciones o desgarros		
166	Provisión de material estéril		
167	Equipamiento para administrar anestesia		
168	Equipamiento para la resucitación materna y neonatal		
169	Sistema de llamada de emergencia		
170	Reloj de pared con segundero		
171	Equipo para monitoreo cardiotocográfico fetal. Estetoscopio de Pinard		
	Quirófanos		
172	Drogas de emergencia		
173	Cuenta con camilla de cirugía con movimiento universal accesible por los cuatro costados.		
174	Cuenta con mesa y máquina de anestesia		
175	Mesa para instrumental quirúrgico		
176	Aspirador mecánico		
177	Ambú , equipo para apoyo respiratorio		
178	Tensiómetro. Estetoscopio biauricular		
179	Desfibrilador, cardioversor		
180	<u>Instrumental específico:</u>		
181	Cajas de Cesárea, punción, colpotomía, fórceps, cirugía mayor y menor, taponaje vaginal, cuello, legrado, canalización, traqueotomía, bloqueo anestésico, curaciones		
182	Cuenta con la provisión de instrumental esterilizado y ropa estéril para todos los procedimientos quirúrgicos		
183	Dispone de ropa suficiente para el equipo quirúrgico		
	Salas de recuperación o postparto in mediato		
	<i>Nota: Este ámbito ofrece flexibilidad funcional para permitir una función alternativa, adecuándolo a la demanda</i>		
184	Camas con colchones con fundas lavables		
185	Cunas de acrílico con pie cromado y colchones de fundas lavables para todos los recién nacidos		
186	Pies de suero, chatas,		
187	Recipientes de plástico con tapa con bolsas de polietileno de dos colores para residuos comunes y patológicos		
188	Camilla de traslados y sillas de ruedas		
	Unidades combinadas. Salas TPR		
189	La cama de partos permite a la parturienta colocarse en la posición más cómoda, pudiendo transformarla, desde la posición horizontal de una cama de una plaza, a la de un sillón obstétrico.		

190	La cama de partos, dotada de ruedas, admite el traslado de la parturienta al quirófano en caso de cesárea y su devolución a la habitación luego de la intervención		
191	La mesa de recepción y reanimación del recién nacido puede ser transportable a estas unidades de internación en el momento requerido		
192	Cuenta con el mismo equipamiento descrito para salas de partos	-	
		Total	

II. d. Otros Sectores

Recursos Limitantes: 195

193	Escritorio, sillas, armarios y PC para oficina del Jefe del Servicio		
194	Escritorio, sillas, armarios y PC para oficina de la Jefa de Enfermería		
195	Cuenta con al menos una PC en el Servicio		
196	Escritorio, sillas, armarios, archivos, y PC para oficina de administrativo del Servicio		
197	Sillas, mesas y armarios para sala de estar de profesionales		
198	Sillas, mesa, PC, proyector de PC y video, video, retroproyector, etc. para aula profesionales.		
199	Escritorios, sillas, estanterías, PC para Biblioteca		
200	Camas, mesas de luz, armarios, ropa de cama, para habitación de guardia		
201	Armarios para todo el personal		
202	Sillas para sala de espera de familiares		
203	Camas, sillas, mesas, vajilla, elementos de limpieza, heladera, etc. Para Residencia de madres/embarazadas.		
204	Sillones o camas, mesa, para Hospital de día para embarazadas		
205	Aula para usuarias: sillas, escritorio, colchonetas, material audiovisual (TV, Proyector, etc.)		
		Total	

CAPITULO III- RECURSOS HUMANOS

Requisitos Comunes a todas las áreas

Recursos Limitantes: 206,209,211-213

206	A todo el personal, rentado o no, se le practica un examen médico (psicofísico) de admisión que incluye radiografía de tórax, serología para rubeola (al personal femenino), Hepatitis B, HIV, etc.		
207	Luego de toda ausencia por enfermedad se repite el examen médico		

208	Una vez por año como mínimo se repite el examen médico		
209	Se destina personal con patología banal (rinofaringitis, panadizos, etc.) a actividades que no implican atención directa de pacientes.		
210	El Hospital/Centro de Salud mantiene una ficha de salud de cada empleado.		
211	Todo el personal posee un legajo donde se consignan evaluaciones periódicas (por lo menos anuales) del desempeño		
212	Todo el personal que ejecuta tareas de responsabilidad asistencial directa, tiene sus correspondientes títulos habilitantes legalizados por autoridad competente nacional y local y sus Curriculum Vitae actualizados.		
213	Los jefes y/o encargados del Servicio participan de la selección del personal médico y/o de mayor jerarquía de enfermería o administrativos.		
214	Los cargos de mayor jerarquía son seleccionados con la participación de un miembro del equipo de salud mental.		
		Total	

III.a. Médicos/Obstétricas

Recursos Limitantes: 215-217, 220-224, 226-228, 231-233, 236, 237, 239-243, 245-247, 249-252, 254-257, 259

Nivel I

215	Un médico tocoginecólogo/generalista/de familia u obstétrica coordina la atención perinatal		
216	Los médicos generalistas/de familia u Obstétricas asisten a las embarazadas de bajo riesgo. Si detectan patología derivan al especialista tocoginecólogo		
217	Se destinan 15 minutos para la atención de cada embarazada.(o más según necesidad)		
218	Hay una hora médica/obstétrica disponible cada 700 consultas anuales. (Este cálculo permite disponer el 20% del tiempo a tareas no asistenciales directas como organización, ateneos, clases, búsqueda de pacientes en terreno, etc.)		
219	Los horarios de atención está distribuidos en la mañana y la tarde		
220	Los médicos/obstétricas están presentes durante todo el tiempo del horario de atención.		
	Los médicos/obstétricas realizan las siguientes tareas:		
221	· Atienden la demanda espontánea por controles de salud, servicios preventivos o por morbilidad percibida		

222	· Promueven y atienden el control preconcepcional y el control prenatal, estableciendo una comprensión y relación con la embarazada extensible a su familia; diagnostican el trabajo de parto y atienden el puerperio		
223	· Atienden emergencias perinatológicas		
224	· Clasifican el riesgo, orientan y/o derivan según corresponda.(norma de traslado sanitario RM 794/97)		
225	· Resuelven con enfoque epidemiológico problemas de salud en escala social.		
226	· Promueven la educación para la salud y estimulan la participación comunitaria dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.		
227	· Realizan actividades del Programa de Salud sexual y procreación responsable incluyendo consejería.		
228	· Dictan cursos de Preparación integral para la Maternidad		
229	Realizan ateneos, charlas de actualización, etc.		
		Total	
	Nivel II		
230	El Jefe de servicio es un especialista certificado en obstetricia o tocoginecología, con antigüedad en la especialidad, y demuestra antecedentes en administración de servicios de salud .		
231	El Jefe del Servicio fue seleccionado por concurso		
232	Cumple con una carga horaria semanal de no menos de 36 hs.		
233	Es el responsable administrativo y asistencial ante las autoridades del establecimiento		
234	·Organiza el servicio a su cargo de acuerdo a los objetivos del establecimiento		
235	· Elabora y/o incorpora normas, guías clínicas y protocolos para la sistematización del monitoreo y control de gestión interno.		
236	· Cumple y hace cumplir las normas y las reglamentaciones emanadas de la superioridad intra y extra institucional.		
237	· Conduce y administra los recursos físicos, el equipamiento los recursos humanos y financieros a su cargo.		
238	· Monitorea las actividades y evalúa los resultados.		
239	· Determina la dotación del personal del servicio a su cargo , en cuanto a cantidad y calidad del mismo.		
240	· Participa en la selección del personal médico, técnico, de enfermería y administrativos.		
241	· Asigna tareas y responsabilidades al personal del servicio y evalúa su desempeño.		
242	· Calcula las necesidades del presupuesto		

243	· Elabora programas de capacitación y mejora de la calidad para el personal del servicio, así como estimula la capacitación fuera del mismo.		
244	· Colabora en la designación de los integrantes de comisiones, comités o grupos de trabajo en los que participa el servicio (prevención de infecciones, historia clínica, docencia e investigación, y otros.)		
245	· Realiza junto con los profesionales del servicio tareas de docencia e investigación.		
246	Los médicos/obstétricas de planta , además de las competencias contempladas en el Nivel I de atención, Atienden pacientes en internación.		
247	Organiza la derivación oportuna de las embarazadas de alto riesgo que no pueden asistirse en el Nivel II de complejidad, tanto por la patología obstétrica como posible neonatal		
248	· Brindan y solicitan interconsultas con otras especialidades.		
249	Además de los médicos/obstétricas calculados para la atención ambulatoria (igual a Nivel I), se dispone de 1 hora médica/obstétrica cada 175 egresos anuales (esta calculo permite atender durante 20 minutos a cada paciente internada y además destinar el 20% del tiempo a otras tareas no asistenciales directas, como ateneos, charlas, organización, pases de sala, etc)		
250	Un médico tocoginecólogo/generalista/de familia u obstétrica atiende todos los partos normales		
251	Se asegura la presencia del equipo perinatal (Tocoginecologo, Pediatra/Neonatólogo, Anestesiista) para asistir las 24 hs. los partos con alguna patología y las emergencias que no pueden ser derivadas		
		Total	
	Nivel III		
	A todos los requisitos del Nivel I y II deben agregarse		
252	Hay Jefes de Sección/Unidad/Áreas con título de especialista en Tocoginecología		
253	Estos Jefes han sido seleccionados por concurso		
254	Hay un Coordinador del Centro Obstétrico, encargado del funcionamiento y programación diaria de las actividades del centro con los jefes de los servicios que intervienen en el mismo (anestesia, enfermería, neonatología, esterilización, etc)		
	Competencias del equipo de salud		
	Además de las competencias contempladas en el NIVEL 2, el personal de este nivel debe cumplir:		
255	· Asegura la asistencia con guardias activas las 24 hs. del día con equipo multidisciplinario.		

256	·Brindan apoyo a la red de establecimientos asistenciales asegurando la máxima capacidad resolutive del sistema.		
257	·Realizan prevención de la infección intrahospitalaria		
258	·Integran los comités que funcionen en el establecimiento		
259	·Desarrollan actividades de docencia e investigación y brindar apoyo a toda la red asistencial		
		Total	
III.b. Enfermería			
Recursos Limitantes:262,264,267-269,271,272			
260	Hay, como mínimo, una relación de 40% de Enfermeros profesionales y 60% de auxiliares		
261	Hay una Jefa de Enfermería profesional		
262	Hay personal de enfermería siempre presente en todo los horarios de atención		
263	La cantidad de enfermeras esta ajustada a la demanda		
264	Las enfermeras participan en las actividades de educación para la salud		
		Total	
Nivel II			
265	Hay Jefa de Enfermería profesional o universitaria nombrada por concurso		
266	Hay Jefas de Unidad (consultorio Externo, Salas de Internación, etc)		
267	Hay Supervisores de turno		
268	Hay supervisora de quirófano		
A las enfermeras del área ambulatoria deben agregarse:			
269	Hay una enfermera por cada 12 camas de internación conjunta (mujeres de bajo riesgo)		
270	Hay una enfermera cada dos camas de Sala de parto o dilatante		
271	Hay una enfermera por cada Sala de Partos		
272	Hay una enfermera por cada quirófano		
273	Hay una enfermera cada seis camas de postparto/recuperación.		
274	La cantidad de enfermeras es igual en todos los turnos (mañana, tarde, noche, feriados, fines de semana)		
		Total	
Nivel III			
Al plantel del Nivel II debe agregarse			
En las áreas de alto riesgo existen el siguiente número de enfermeras:			
275	. Una cada dos usuarias de alto riesgo en internación		
276	. Una cada cama de Sala de Pre parto		

277	. Una cada dos usuarias en recuperación	-	
		Total	
	III.c. Otro personal		
	Recursos Limitantes:278,281-289		
	Administrativos		
278	Hay un administrativo para el área de consulta externa		
279	Hay un personal administrativo cada 15 camas de internación		
	Limpieza		
280	Hay personal de limpieza durante el horario de atención de Consultorios que realiza limpieza frecuente de baños.		
281	Hay personal de limpieza disponible en las áreas de internación		
282	Hay personal de limpieza permanente (en todos los turnos) en el Centro Obstétrico		
283	Hay personal de limpieza, que realizan las tareas por lo menos tres veces por día, para las áreas comunes, pasillos, escaleras, etc.		
	Camilleros		
284	Hay camilleros disponibles para traslado de mujeres en sillas de rueda/camillas desde y hacia centro obstétrico, guardia, etc.		
	Servicio Social		
285	Hay Asistente Social disponible en el Servicio		
	Agentes sanitarios		
286	(Para Nivel I) Hay Agente Sanitario asignado al Centro de Salud		
	Psicólogos		
287	Hay Psicólogo disponible para el Servicio		
	Nutricionistas		
288	Hay Nutricionistas asignadas al Servicio		
	Odontólogos		
289	Hay Odontólogos disponibles para la atención ambulatoria		
	Informático		
290	Hay Informático destinado al Servicio		
	Técnico electrónico		
291	Hay Técnico electrónico en la Institución que resuelve los problemas del Servicio		
	Voluntariado hospitalario		
292	Hay Voluntariado que colabora en áreas como residencia de Madres, Internación conjunta, etc.		
		Total	

CAPITULO IV :SERVICIOS COMPLEMENTARIOS			
IV a. Laboratorio			
Recursos Limitantes:296-300			
Nivel I			
293	El Cetro de Salud cuenta con Laboratorio propio		
294	El Centro de Salud extrae muestras con personal propio y las envía al Hospital local para su procesamiento		
295	Las mujeres deben ser derivadas al Hospital local para poder realizar análisis		
296	Las mujeres tienen acceso a todos los estudios necesarios en el control prenatal		
		Total	
Nivel II			
297	El Laboratorio esta a cargo de un profesional bioquímico que cumple no menos de 30 hs. semanales		
298	Cuenta con técnico de guardia activa las 24 hs.		
299	El Laboratorio puede procesar muestras de sangre, orina, etc. ,microbiología, Inmunología, medio interno		
300	Se efectúa periódicamente control de calidad de diferentes determinaciones		
301	Se efectúan reuniones entre Laboratorio y Obstetricia en forma periódica.		
		Total	
Nivel III			
A lo estipulado en el nivel II, debe agregarse			
302	El laboratorio es capaz de dar respuesta a todas las determinaciones solicitadas por el Servicio		
303	durante las 24 hs. del día incluyendo feriados		
		Total	
IV b. Diagnóstico por imágenes			
Recursos Limitantes:304-306,308,309,312-315,317			
Nivel I			
304	El centro de Salud debe poder derivar a nivel Hospitalario a las mujeres que requieren los estudios de imágenes		
		Total	
Nivel II			

305	El Servicio esta a cargo de un Médico especialista en Diagnóstico por Imágenes que cumpla no menos de 30 hs. semanales.		
306	Dicho profesional tiene experiencia en Diagnóstico por Imágenes en Tocoginecología.		
307	Dicho Servicio realiza estudios Ecográficos por lo menos 6 hs. por día con supervisión profesional		
308	Cuenta con un técnico de guardia activa/pasiva las 24 hs.		
309	Se puede derivar para Ecografía Doppler color, Resonancia Magnética, etc.		
310	El Servicio de Diagnóstico por Imágenes participa de Ateneos Conjuntos y/o reuniones organizativas con el Servicio de Obstetricia.		
		Total	
	Nivel III		
	A lo enunciado en Nivel II debe agregarse:		
312	Cuenta con Ecografista de Guardia las 24 hs. de días hábiles y feriados.		
313	Cuenta con diferentes transductores que permitan realizar Ecografía transvaginal, etc.		
314	Se realizan procedimientos diagnósticos fetales bajo visión ecográfica		
315	Puede realizar Ecografía Doppler		
316	Pueden derivar para Resonancia Magnética		
317	Cuenta con Mamógrafo		
		Total	
IV c. Hemoterapia			
Nivel II y III			
Recursos Limitantes:318-320,322,324			
318	El Servicio esta a cargo de un Médico Hematólogo		
319	Existe técnico de Guardia activa las 24 hs.		
320	Se efectúa de rutina a todas las muestras de dadores estudios sobre Chagas, lues, Hepatitis, HIV, CMV, etc.		
321	Existe un registro de dadores entre el personal de la Institución, Obra Social, la comunidad, etc.		
322	Existe un Banco de Sangre como para mantener la necesidad mínima de requerimientos por 48 hs., o conexión con proveedores de sangre que puedan asegurar provisión renovable de manera de disponer de sangre las 24 hs..		
323	El Servicio de Hemoterapia participa en Ateneos conjuntos con el Servicio de Obstetricia		
324	Se realizan estudios de Inmunohematología para incompatibilidad Rh, Abo, ec.		
		Total	

IV d. Farmacia			
Recursos Limitantes:325-327			
Nivel I			
325	Están disponibles y organizados los medicamentos necesarios para el tratamiento ambulatorio de embarazadas y puérperas (hierro, ac. fólico, etc.)		
		Total	
Nivel II y III			
326	Hay un Farmacéutico a cargo de la Farmacia		
327	Están disponibles todos los medicamentos necesarios para la atención en internación de embarazadas y puérperas		
		Total	
IV e. Otros Servicios Nivel II y III			
Recursos Limitantes:328			
328	Cuenta con Servicio de Anatomía Patológica que puede realizar estudios de placenta y autopsias materno feto neonatales.		
329	Cuenta con Servicio de Genética que resuelva las interconsultas		
		Total	
CAPITULO V: NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO			
V.a. Cumplimiento de los 10 Principios OMS en el cuidado del embarazo y parto normal			
330	El cuidado es no medicalizado, o se que es provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible.		
331	Se usa tecnología apropiada (conjunto de acciones,métodos, procedimientos, tecnología y equipamiento tendientes a reducir el uso de tecnología compleja)		
332	Se basa en las mejores evidencias científicas disponibles		
333	Es regionalizado, basado en un sistema de referencia y contrareferencia.		
334	Es multidisciplinario, con participación de Obstétricas, Tocoginecólogos, Neonatólogos, Enfermeras, Educadores, etc.		

335	Es integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos y sus familias.	
336	Esta Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer y sus familiares.	
337	Es apropiado teniendo en cuenta las distintas pautas culturales.	
338	Tiene en cuenta la toma de decisiones de las mujeres	
339	Se respeta la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.	
		Total
V.b. Normativas Generales		
Recursos Limitantes:341-344,346-349,352,357,358,365-375,377-392,394-400,402,403,406,408,413-415.		
Nive II		
340	Las Normas del Servicio son elaboradas con la participación completa del equipo de salud, con énfasis en Medicina Basada en la Evidencia y con la aplicación de Tecnologías Apropriadas, compatibilizadas con las Normas Nacionales y sus resultados evaluados en forma periódica.	
341	Existen Normas escritas de control de la Infección Intrahospitalaria y Bioseguridad que se cumplen sistemáticamente y son supervisadas y evaluadas en forma periódica.	
342	Existen Normas de manejo de residuos patológicos	
343	Hay Normas para la participación de la familia: acompañante en Salas de Parto y Partos, horarios amplios de visita, Residencia para madres, etc.	
344	Existen Normas de Seguridad tendientes a evitar el robo o cambio de niños, manteniendo la integridad del binomio Madre-hijo.	
345	Existen Normas para pedidos y procesados de Laboratorio y radiología de urgencia (menos de una hora) que se cumplen en el 100% de los casos.	
346	Existen Normas para Extracciones de Laboratorio, Tomas de muestras para Bacteriología y Estudios necrópsicos	
347	Existen Normas para solicitud y procesado de Grupo, Rh y Coombs, se obtiene sangre para transfusiones dentro de 60 minutos de solicitada (casos de extrema urgencia).	
348	Existen Normas para la adecuada preparación de materiales, contenido y presentación de paquetes, bandejas, cajas, con entrega y reposición simultánea de material.	

349	Hay Normas de derivación de embarazadas/puérperas/recién nacidos según patología.		
350	Existen Normas de funcionamiento de la Unidad frente a desastres y/o catástrofes: incendio, terremoto, inundaciones, etc.		
351	El Servicio cuenta con Normas provenientes de adecuado asesoramiento jurídico y de Auditoría Interna, con control de costos y gastos de compras.		
352	Todas las Normas se encuentran por escrito , actualizadas y en lugar accesible a todo el personal del Equipo de Salud a toda hora.		
	Dependencia		
353	Nivel I. Depende del Director del establecimiento. Nivel II. Depende del Director del área asistencial. Nivel III. Depende del Departamento, Área o Coordinación de Perinatología		
		Total	
	Organización de la asistencia		
	Atención ambulatoria del Nivel I y II		
354	Se conoce el área programática de la Institución y el grado de cobertura alcanzada en la misma		
355	Se realizan actividades en terreno para captación de embarazadas		
356	Hay participación de la comunidad en las actividades de la Institución		
357	Se lleva registro de prestaciones: uso de fichero cronológico, carné perinatal u otro instrumento de registro que posibilite identificar embarazadas asistidas, cobertura y elaboración de informes de gestión convenientes		
358	Hay actividades del Programa de Salud Reproductiva y Procreación responsable		
359	Se realiza control preconcepcional con actividades de promoción y protección de la salud de la mujer desde la adolescencia		
	Hay Conocimiento de mecanismos de:		
360	- Interconsulta		
361	- Referencia y contra-referencia		
362	- Consultas de orden psico-social		
363	- Preparación integral para la maternidad		
364	- Promoción de la lactancia		
365	Se realiza Control del puerperio		
366	Se inicia una Historia Clínica Perinatal Básica a todas las embarazadas con la correspondiente copia en el Carnet Perinatal		
		Total	
	Atención en internación Niveles II y III		

	<u>Cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales-OMS</u>		
	En todas las Instituciones donde se asisten partos debe poder realizarse, todos los días, todas las horas, las siguientes actividades:		
	1. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos:		
367	. Cesáreas		
368	. Reparación de desgarros vaginales altos		
369	. Reparación de desgarros cervicales		
370	. Laparotomía exploradora		
371	. Histerectomía		
372	. Cirugías de los anexos		
373	. Fórceps ó Ventosa		
374	. Extracción de placenta retenida		
375	. Legrado evacuador uterino		
376	. Aspiración Mecánica Endouterina (AMEU)		
377	Todos los procedimientos se pueden realizar en forma inmediata.		
	2. Procedimientos Anestésicos		
378	. Anestesia General		
379	. Anestesia Raquídea		
	3. Transfusión de sangre segura:		
380	. Determinación de Grupo, Rh y Coombs		
381	. Prueba de compatibilidad cruzada		
382	. Contar con Banco de sangre o reserva renovable de manera de tener disponibilidad las 24 hs. del día		
	4. Tratamientos médicos de urgencia en la mujer		
383	. Tratamiento del shock		
384	. Tratamiento de la sepsis		
385	. Tratamiento de la eclampsia		
	5. Asistencia Neonatal inmediata		
386	. Recepción y reanimación cardiopulmonar neonatal		
387	. Control de la temperatura		
	6. Evaluación del riesgo materno y neonatal		
388	. Contar con listados de riesgo obstétricos y neonatales para derivar a ambos al nivel de complejidad adecuado		
	7. Transporte oportuno al nivel de referencia adecuado		
389	. Hay teléfono/radio		
390	. Disponibilidad de vehículo permanente con combustible, chofer y personal para acompañar		
	Otras actividades		
391	Se realizan pases de salas diarios a cargo de médico de planta y/o jefe del servicio en forma conjunta con obstétricas y enfermeras		
392	Se realiza pase de Guardia		

393	Se realizan reuniones periódicas de todo el equipo de salud (en ateneos y actividades docentes) para discutir casos, analizar resultados de la gestión y planificar actividades futuras.		
394	Se realizan reuniones periódicas con el Servicio de Neonatología para definir conductas en embarazadas, discutir casos, analizar resultados y planificar actividades futuras.		
395	Se utiliza el Sistema Informático Perinatal, con un elevado % de carga de Historias y se analizan los resultados del mismo		
396	Todos las embarazadas/puérperas, sanas o patológicas, tienen historia clínica que es actualizada por lo menos diariamente, constando fecha, hora y firma aclarada. Al alta constan todos los diagnósticos y se efectúa una epicrisis y se completa el Carnet Perinatal		
397	En la Historia Clínica se consignan, archivan y comentan los resultados de interconsultas, exámenes complementarios, partes quirúrgicos, hojas de controles de enfermería y de evaluación médica , de procedimientos, etc.	-	
398	Las indicaciones que ejecutan las enfermeras sólo se imparten por escrito, están consignadas en la Historia Clínica (hoja de indicaciones), sólo las imparten los médicos y se firman al cumplirlas.		
399	Se efectúa Auditoría de Historias Clínicas al azar y en forma periódica.		
400	Las Historias Clínicas son archivadas por 10 años y con un método de almacenamiento que permite su fácil consulta y el volver a ser utilizada por la mujer en un siguiente embarazo.		
401	Las madres reciben durante su estadía hospitalaria educación para la salud (Lactancia materna, procreación responsable, prevención de ITS, prevención de violencia familiar) y tanto ellas como sus hijos tienen altas dirigidas y orientadas.	-	
		Total	
	Atención en internación en Nivel III		
	A lo enunciado precedentemente debe agregarse:		
402	Asegura un nivel de cuidados especializado, contando con servicio de terapia intensiva.		
403	Adecuada capacidad para resolver las complicaciones obstétricas graves.		
404	Monitoreo y evaluación de la actividad perinatólogica local y regional		

405	Evaluación de tecnologías novedosas		
		Total	
	Para el Nivel III		
	Participación del Servicio en Comités . Actividades de Docencia, Investigación, etc.		
406	Existe un Comité de Docencia e Investigación en la Institución que incluye las actividades del área Perinatal en su programación.		
407	Están programadas anualmente las actividades de educación continua para todo el equipo de salud (médicos, enfermeras, etc.)		
408	Los proyectos de Investigación del Servicio son evaluados y autorizados por el Comité de Docencia e Investigación, están integrados a las actividades del Servicio y supervisados por la Jefatura.		
409	Participa el Servicio en investigaciones colaborativas y/o interdisciplinarias		
410	Hay Residencia Médica de Tocoginecología		
411	Hay rotaciones de Residentes de Medicina General/Familiar para capacitación en Obstetricia		
412	Hay Residencia de Obstétricas		
413	Existe un Comité de Ética en la Institución y hay un representante del área Perinatal en él. El Comité asesora sobre modelo de Consentimiento informado, problemas éticos sobre conductas a tomar con los pacientes, etc.		
414	Hay un Comité de Infecciones en la Institución integrado por algún representante del área Perinatal. Asesora sobre control de Infecciones Intrahospitalarias, medidas de Bioseguridad, uso racional de antibióticos, etc.		
415	Hay un Comité de Vigilancia de la Mortalidad Materna e Infantil		
416	Cuenta con servicio de conexión a internet (con sistema de búsqueda bibliográfica), disponible para el personal de salud		
		Total	1

2b- Instrumento para la evaluación de los servicios de Neonatología

Guía de evaluación de servicios de Neonatología

*Autores: Dres. Miguel Larguía, Luis Prudent,
Celia Lomuto, Enrique Colombo, Diego Enríquez*

Capítulo 1: Planta física

Los Servicios de Neonatología tienen tres grandes Zonas en su Planta Física

A: Zona de atención del RN en Sala de Partos

B: Zona de Internación Conjunta Madre-Hijo

C: Zona de Cuidados Especiales o de Internación Neonatal.

<u>Requisitos comunes a las tres Zonas:</u>		
1. El Centro Obstétrico está diseñado con la modalidad de Salas TPR Salas únicas de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación.		0
2. La Sala de Partos, el Sector de Recepción-Reanimación para RN y la Internación Neonatal están en la misma planta y la comunicación entre ambas es horizontal		0
3. Tienen comunicación directa, separadas de la circulación de otros sectores		0
4. Los pisos y paredes, hasta 2,80 m son lavables en las tres Zonas.		0
5. Poseen depósito en el área para instrumental, medicamentos, etc..		0
6. Las tres Zonas tienen suficiente luz natural		0
7. Las tres Zonas pueden mantener permanentemente una temperatura ambiental de 25-26 °C		0
8. Las tres Zonas se hallan adecuadamente señalizadas		0
9. Existe una salida de emergencia que permite la fácil evacuación de las tres Zonas		0
10. Existe equipo anti incendio reglamentario en las tres Zonas.		0
11. Existen comunicaciones electrónicas y/o telefónicas entre las diferentes Zonas, el resto del centro asistencial y el exterior.		0
12. Cada una de las tres Zonas tiene comodidades para el lavado de manos		0
	<i>Subtotal</i>	0
<i>Recursos Limitantes: De no cumplir 9, 10 y 12 se anulan las demás</i>		

A. Zona de atención del RN en Sala de Partos (.)		
13. Existe en el área de Sala de Partos y/o Quirófanos un sector ubicado fuera de las mismas destinado exclusivamente a la recepción y Reanimación del RN con una superficie no inferior a 6 m ²		0
14. Existe un Sector de Reanimación por cada 3 Salas de Partos o Quirófano		0
15. El acceso al Sector Reanimación se encuentra dentro del área de acceso restringido y está contiguo a la Sala de Trabajo de Parto, Sala de Partos y Quirófano o Sala TPR		0

16. El Sector esta provisto de agua caliente las 24 hs. y se puede bañar al RN si es necesario		0
17. Cuenta con mesa o Servocuna de reanimación acolchada lavable, para examen y tratamiento de 2 RN en forma simultánea, con sistema de calorificación que asegure 37°C sobre la misma.		0
18. Cuenta con un mínimo de 2 bocas de oxígeno con flumiters/reductores, 1 de aspiración y 1 de aire comprimido		0
19. Pueden realizarse en este Sector procedimientos complejos (drenaje de neumotórax, peritoneocentesis, etc.)		0
20. Posee instalación eléctrica adecuada (mínimo 6 enchufes)		0
21. El sector se encuentra comunicado con el Sector de Terapia Intensiva Neonatal.		0
Subtotal		0
Recursos limitantes: De no existir los puntos 13, 17,18 y 19 se anula el Subcapítulo		
(.) No evaluable en Servicios sin Maternidad		

B. Zona de Internación Conjunta Madre-Hijo		
22. La internación conjunta se realiza en ambientes de 9 m2 como mínimo por cama con su cuna correspondiente		0
23. La internación conjunta se realiza en Sectores en los que expresamente se intenta reproducir una ambientación hogareña		0
24. El Sector tiene office exclusivo de enfermería		0
25. Existe un lavabo por cada 4 RN		0
26. Hay un recinto (aula) destinado a actividades relacionadas con educación para la salud		0
27. Existe un sector para recepción de familiares		0
Subtotal		0
Recursos limitantes: De no cumplirse los puntos 22 y 23 se anula el Subcapítulo		

B. Zona de Cuidados Especiales Neonatales (Internación Neonatológica)

Constituye una Unidad Funcional que debe estar integrada por cuatro sectores de Internación diferenciada:

1.- Cuidados Transicionales

Para la asistencia de recién nacidos (RN) de baja complejidad que no requieren incubadoras, accesos endovasculares, monitores invasivos o medicación endovenosa.

Incluye aquellos RN de Término con indicación de Luminoterapia por Hiperbilirrubinemia y a hijos de madres con patología que contraindica la Internación Conjunta. Debe estar organizada para permitir la activa participación de los padres.

2.- Crecimiento de Prematuros

<p>Para la asistencia de RN Prematuros que superadas las etapas de cuidados intensivos y/o intermedios se encuentran en condiciones de recuperación nutricional hasta alcanzar los requisitos para el alta de la Institución. Pueden encontrarse en cuna o incubadora con monitoreo. Incluye además a RN patológicos que deben completar estudios y/o tratamientos y a RN con altas diferidas por causas sociales, legales, etc. Puede estar organizado con sistema de “Canales” para agruparlos según peso de nacimiento ,etc.</p>
<p>3.- Cuidados Intermedios</p> <p>Para la asistencia de RN Prematuros y patológicos que requieren algún tipo de Monitoreo, Accesos Endovasculares (AEV), medicación antibiótica, drogas vasoactivas, control de presión arterial, saturometría, etc. Incluye además RN que salen de Terapia Intensiva por descomplejización de su asistencia o que son derivados de Crecimiento de Prematuros por patologías adquiridas: apneas, etc.</p>
<p>4.- Cuidados Intensivos</p> <p>Para la asistencia de RN Prematuros y patológicos con exigencias de alta complejidad, capaz de ofrecer Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), canalización de vasos umbilicales, colocación de líneas centrales, monitoreos invasivos, etc.</p>

28. Los diferentes ambientes de la Zona de Internación constituyen una Unidad funcional aislada físicamente del resto y está dentro de un área de acceso restringido o semi restringido controlado por Recepcionista		0
29. Cuenta con antesala de recepción para padres y personal con 2 lavatorios, toalleros de papel, recipientes para residuos, percheros y armarios		0
30. Exite Sala de Reunión para padres, abuelos y hermanos de los RN internados		0
31. Los pasillos de circulación son amplios al igual que las puertas para permitir el paso de equipos de Ecografía, Radiología, etc.		0
32. Todos los sectores cuentan con comodidades para la estadía de las madres con sillas suficientes		0
33. Cuenta con estación de enfermería que se comunica con todos los ambientes y de 6 m2 como mínimo		0
34. La superficie por paciente es de 2,8 m2 , como mínimo, y el de cada Sector no es inferior a 24 m2		0
Subtotal		0
Recursos limitantes: De no cumplir los puntos 28 y 29 se anulan los demás.		

Dependencias del Sector		
35. Vestuario para el personal propio		0
36. Sala de Trabajo para médicos		0
37. Dormitorio de médicos internos en la misma planta		0
38. Estación de lavado y preparación de materiales		0

39. Cocina de leche con sector limpio y sucio con esterilización terminal o que utilice formulas estériles		0
40. Lactario de leche humana con comodidad para la higiene de las madres y la extracción manual/ mecánica de su leche		0
41. Espacio reservado para conversar con los padres		0
42. Área de preparación de soluciones parenterales y medicación en farmacia con fraccionamiento individualizado por paciente (dispensación central de dosis)		0
43. Residencia para madres de RN internados en Servicios de neonatología dadas de alta del Servicio de Obstetricia		0
44. Internación conjunta pre alta de madres con hijos de alto riesgo (ex prematuros).		0
45. Sala de procedimientos		0
46. Sala de observación/aislamiento para sospechosos de infección		0
47. Aula para actividades docentes		0

Instalación Sanitaria

48. Todos los lavatorios tienen canillas que no requieren las manos para su cierre (codo, pie , rodilla o automáticos) y las piletas tienen profundidad suficiente para no salpicar y drenaje adecuado.		0
49. Existen baños suficientes para el personal, padres y visitantes del Servicio.		0
50. El sistema utilizado tiene la mayoría de elementos en conductos sanitarios (Caños no embutidos) y la provisión de agua es potable.		0
51. Las cámaras de inspección (piletas de patio) son herméticas		0
52. La mayoría de los artefactos sanitarios (piletas) son colgantes para facilitar su limpieza.		0

Instalación eléctrica

53. Tiene Grupo electrógeno de capacidad suficiente para abastecer a todo el área.		0
54. Por lo menos 12 enchufes con descarga a tierra en Cuidados Intensivos, 6 en Cuidados Intermedios por cada cuna-incubadora.		0
55. Existen llaves térmicas por sectores.		0
56. Disyuntores		0
57. Circuitos alternativos		0
58. Luces de emergencia de actuación automática (prenden al cortarse la electricidad)		0
59. Luz de intensidad regulable		0

Instalación de oxígeno, aire comprimido y aspiración

60. Posee sistema de provisión de oxígeno, aire comprimido y aspiración centrales proporcional a las bocas de oxígeno existentes, con alarmas visoacústicas o de volumen.		0
61. Posee tanque de oxígeno líquido y una batería con 4 tubos como mínimo para emergencias.		0
62. Posee provisión de otros gases (óxido nítrico, nitroso, helio, etc.)		0

63. Posee por lo menos 2 compresores a pistón seco con ciclo refrigerante, toma de aire exterior, drenaje de agua condensada y filtros bacterianos		0
64. Posee bomba de vacío para aspiración.		0
65. Posee 2 bocas de oxígeno, 1 de aire y 1 de aspiración por cada plaza de Cuidado Intensivo		0
66. Posee 1 boca de oxígeno, 1 de aire y 1 de aspiración por cada 2 plazas de Cuidados Intermedios.		0
67. Posee 1 boca de oxígeno, y 1 de aspiración por cada 3 plazas de los sectores de Crecimiento de Prematuros y Cuidados Transicionales		0
Equipos anti incendio		
68. Posee matafuegos de diferentes clases (para instalaciones eléctricas y otras) en vigencia		0
Salidas de emergencia		
69. La Unidad cuenta con salidas de emergencia adecuadamente señalizadas		0
Sistemas de calorificación-refrigeración y comunicación		
70. Las ventanas son grandes, con vidrios especiales o dobles		0
71. Cuenta con sistema de ventilación y/o refrigeración-calefacción ,con aire filtrado ,que evita la recirculación de aire y con adecuado control de la temperatura (termostatos)		0
72. La diferentes secciones de la Unidad se hallan comunicadas electrónicamente y/o telefónicamente entre sí , con el resto del establecimiento y con el exterior		0
73. Existe control periódico del ruido		0
Subtotal		0
Total del Capítulo I Planta Física		0
<i>Nota: Todos los ítems se consideran relevantes.</i>		

Capítulo 2: Equipamiento e Instrumental

Requisitos comunes a las tres Zonas		
74. Cada equipo que se adquiere tiene un presupuesto anual del 20% de su costo para insumos, por 5 años, con garantías prolongadas y contratado un Service de mantenimiento preventivo y correctivo continuo		0
75. La compra de equipos se hace con el asesoramiento y participación del Jefe del Servicio y el /los expertos reconocidos por él designados		0
76. Se prioriza la compra de líneas o marcas únicas para evitar la diversificación en el manejo, services, repuestos, etc.		0
77. Se adquieren equipos a fabricantes o representantes exclusivos con una antigüedad mínima en el país de 5 años, para garantizar la seriedad de la misma.		0
78. Se consulta a Centros Perinatológicos importantes por su número de partos, desempeño y resultados, para la adquisición de equipos. Se dispone de fundamentos escritos.		0

79. Se cuenta con envases de antiséptico de dosificación automática y toallas descartables para el lavado y secado de manos en las tres Zonas.		0
80. Existen recipientes lavables con tapa, con bolsas de polietileno (tres colores) para el depósito de residuos y cualquier otro material desechable en las 3 Zonas		0
81. Existen recipientes lavables con tapa para el depósito transitorio de ropa sucia		0
Subtotal		0

Recurso limitante: de sumar menos del 50% de los ítems, se anulan los demás.

A. Zona de Atención del RN en Sala de Partos		
82. Cuenta con balanza, pediómetro y cinta métrica inextensible		0
83. Posee toallas y compresas estériles para la recepción del recién nacido y ropa quirúrgica (gorro, barbijo, antiparras y guantes) para el equipo que atiende al niño		0
84. Cuenta con láminas de plástico y gorros para los RN Pretérmino		0
85. Cuenta con termómetro de pared y reloj grande con segundero visible desde el lado del operador y fuente de luz sobre la mesada (o servocuna)		0
86. Cuenta con los equipos necesarios para efectuar la correcta identificación del RN (doble pulsera para el RN y simple para la madre con clamp numerado de igual código)		0
87. Cuenta con el instrumental necesario (Bolsas tipo AMBU con reservorio y válvula de seguridad y/o manómetro, mascarillas de distinto tamaño, tubos endotraqueales (2.5, 3, 3.5,4)- laringoscopio con ramas rectas de distinto tamaño, estetoscopios, caja de canalización umbilical,etc.) para reanimar simultáneamente a dos RN		0
88. Cuenta con el material de laboratorio necesario para efectuar grupo, Rh, Coombs, hematocrito, gases en sangre, cultivos u otras determinaciones.		0
89. Tiene disponibles todos los medicamentos y descartables que se requieren en una reanimación- recepción con tabla de dosis en lugar visible (adrenalina, Bicarbonato de Na, Naloxona, sol. fisiológica, sueros, Vitamina K, Colirio de Nitrato de Plata, Triple colorante, etc. Tubuladuras, agujas, jeringas, catéteres, guantes, tela adhesiva, etc)		0
90. Puede suministrarse oxígeno calentado y humidificado		0
91. Hay equipamiento para transporte intra/extrahospitalario: Incubadoras de Transporte, Port Infant.		0
92. Hay algoritmos de Reanimación (SAP-CEFEN) visibles.		0
Subtotal		0
Recursos Limitantes: De no poseerse alguno de los elementos de 82 a 87 se anula todo el subcapítulo		

B. Zona de Internación Conjunta

93. Para cada RN hay una cuna de acrílico, pie cromado, con estante y/o cajón y su correspondiente colchón con funda íntegra y lavable.		0
94. Hay en la Zona balanza, pediómetro y cinta métrica inextensible		0
95. Los recipientes para desperdicios son de plástico con tapa y se usan con bolsas de polietileno de 3 colores identificatorios.		0
96. Se usan toallas descartables para el secado de manos		0
97. La Zona cuenta con sistema de aspiración y suministro de oxígeno.		0
98. Posee aparatos o sistemas utilizables en actividades de educación para la salud: proyector, televisor y videocasetera, juegos participativos, etc.		0
99. Se prohíbe el uso de mamaderas sin indicación médica y se desaconsejan los chupetes		0
100. Hay cuadros o instructivos visibles sobre Lactancia Materna, forma de dormir (prevención de muerte súbita) u otros signos de alarma..		0
Subtotal		0
Recursos Limitantes: de sumar menos del 50% se anula todo el subcapítulo		

C. Zona de Cuidados Especiales Neonatales		
101. Las cunas, pies de cuna y colchones son lavables y se mantienen en perfecto estado de conservación.		0
102. Existe una bandeja individual (estetoscopio, termómetro, etc.) para cada plaza.		0
103. Hay una Incubadora de transporte intra/extrahospitalaria, 1 cada 12 plazas y/o 3.000 partos por año y Port Infant.		0
104. Hay Incubadoras radiantes o servocunas, 1 cada 4 a 6 incubadoras o 1 cada 800 a 1000 nacimientos/año.		0
105. Hay 1 (una) incubadora de circuito cerrado por cada 250 nacimientos/año.		0
106. Equipos de luminoterapia de 8 tubos luz azul BB o spots, 1 por cada 2 incubadoras, en total 1 cada 300 nacimientos/año.		0
107. Balanza de 10.000 gr, y pediómetro: 1 cada 5 plazas.		0
108. Saturómetro de pulso con tecnología que evite la pérdida del registro por movimiento: 1 en el sector recepción reanimación, 1 por cada RN en UTI - UCI y crecimiento de prematuros. Debe existir provisión suficiente de sensores para el funcionamiento continuo y simultáneo de todos los equipos.		0
109. Monitor de Frecuencia cardiaca, ECG, frecuencia respiratoria por impedanciometría, registro de apneas. 1 por cada RN en UTI-UCI.		0
110. 2 Bombas de perfusión continua por cada plaza de cuidados intensivos y 1 por cada plaza de cuidados intermedios		0
111. Equipo completo de reanimación: 2 en el área, o 1 cada 6 plazas.		0
112. Equipo de exsanguino transfusión 2 en el área o 1 cada 6 plazas.		0
113. Equipo para presión venosa central 2 en el área o 1 cada 6 plazas.		0
114. Equipo de drenaje de neumotórax 2 en el área		0
115. Tensiómetro oscilométrico 1 cada 3 incubadoras		0

116. Electrocardiógrafo 1 en el área		0
117. Radionanómetro. 1 en el sector		0
118. Monitor multiparamétrico con posibilidad de registro invasivo de presión arterial y venosa. 1 cada 6 unidades de terapia intensiva		0
119. Ecógrafo Doppler color con transductores 5 y 7.5 MHZ		0
120. Refrigeradores para uso exclusivo del área. 1 para receptáculos con leche humana o fórmula. Otro para medicamentos. Un tercero para muestras de sangre orina, etc.		0
121. Oftalmoscopio y otoscopio		0
122. Bombas mecánicas de vacío negativo graduable e intermitente de extracción de leche humana. 1 por cada 2000 partos en el sector específico. Bombas de extracción manual esterilizables o descartables disponibles en el servicio.		0
123. Balanza de pañales		0
124. Densitómetro óptico		0
125. Aparato de Rx portátil		0
126. Osciloscopio desfibrilador		0
127. Respirador neonatal, 1 cada plaza de Cuidados Intensivos y no menos de 2 en el área, excluido el de transporte. 1 cada 4 plazas de cuidados intermedios.		0
128. Cada respirador tiene no menos de 3 circuitos alternativos de reserva.		0
129. Equipos de Presión Positiva Continua tipo Hudson descartables (CPAP).		0
130. Un Halo por cada incubadora (en 3 tamaños)		0
131. Bomba de aspiración negativa 1 por cada 3 respiradores (Puede reemplazarse por aspiración central regulable con manovacuometro)		0
132. Oxímetros: 1 cada 6 incubadoras.		0
133. Mezclador de gases 1 por cada unidad		0
134. Calentadores –Humidificadores: 1 por cada incubadora		0
135. Cada calentador tiene no menos de 3 circuitos y reservorios disponibles		0
136. Stock de medicamentos completos que cubra la dosificación por 24 hs. de atención de las patologías		0
137. Stock de material descartable para uso en las diferentes patologías durante las 24 hs.		0
138. Respirador de transporte		0
139. Monitor de función pulmonar. 1 en el servicio		0
	Subtotal	0
	Total Capítulo II Equipamiento e Instrumental:	0
<i>Recursos limitantes: todos los ítems se consideran relevantes.</i>		
Capítulo 3: Recursos humanos		
Requisitos comunes a las tres Zonas		

140. A todo el personal, rentado o no, se le practica un examen médico (psicofísico) de admisión que incluye radiografía de tórax, serología para rubeola (al personal femenino), Hepatitis B, HIV, etc.		0
141. Luego de toda ausencia por enfermedad se repite el examen médico		0
142. Una vez por año como mínimo se repite el examen médico		0
143. Se destina personal de Neonatología con patología banal (rinofaringitis, panadizos, etc.) a actividades que no implican atención directa de pacientes.		0
144. El Hospital mantiene una ficha de salud de cada empleado.		0
145. Todo el personal posee un legajo donde se consignan evaluaciones periódicas (por lo menos anuales) del desempeño		0
146. Todo el personal que ejecuta tareas de responsabilidad asistencial directa, tiene sus correspondientes títulos habilitantes legalizados por autoridad competente nacional y local y sus Curriculum Vitae actualizados.		0
147. Los jefes y/o encargados del Servicio participan de la selección del personal médico y/o de mayor jerarquía de enfermería o administrativos.		0
148. Los cargos de mayor jerarquía son seleccionados con la participación de un miembro del equipo de salud mental.		0
Subtotal:		0
Recursos limitantes por no cumplirse los puntos 138 y 140		
Médicos		
149. El Servicio de Neonatología cuenta con un Jefe que cumple no menos de 30 hs. por semana que es Neonatólogo con título de especialista certificado y/o recertificado y ha sido designado por concurso.		0
150. El Jefe del Servicio ha realizado cursos y/o Postgrados de más de 200 hs. en Administración Sanitaria y/o Hospitalaria y/o Programas Materno Infantiles y realiza Cursos oficiales de Educación Continua.		0
151. Hay un médico asistente que cumple no menos de 24 hs. por semana, por cada 4 plazas de Cuidados Intensivos e Intermedios		0
152. Se destina una hora médica diaria como mínimo por cada 4 RN normales (IC)		0
153. Se destina una hora médica diaria por cada 2 RN de Crecimiento de Prematuros.		0
154. Se destina una hora médica diaria por cada 3 RN de Cuidados Transicionales o bajo riesgo		0
155. Hay un médico de Guardia activa durante las 24 hs. por cada 10 plazas de Cuidados Intensivos o Intermedios		0
156. Hay un médico diferente del de Guardia presente por cada 3000 partos por año, en Sala de Partos.		0
157. Hay Residencia propia de Neonatología como formación post básica de Pediatría		0

158. Hay Residencia médica de Pediatría con rotación de 4 a 6 meses en Neonatología		0
159. El establecimiento dispone de programas para becarios con dedicación de tiempo completo		0
160. Se admiten pasantías de 3 a 6 meses de duración de jornada completa		0
161. Los horarios de atención del plantel médico están distribuidos en la mañana, tarde y noche		0
162. Si se trata de un Centro Perinatólogo con ARM, tiene Terapistas Respiratorios durante las 24 hs.		0
Subtotal		0

Recursos limitantes: De no cumplirse los ítems de 147 a 152 se anula todo el subcapítulo

Enfermeras		
163. El Servicio esta dirigido/supervisado por una Enfermera diplomada designada por concurso		0
164. La Supervisora cuenta con capacitación especial en medicina materno-infantil (Cursos de más de 100 hs. en la especialidad)		0
165. Cuenta con Jefa de Enfermería con capacitación en Neonatología (Cursos de más de 100 hs. en la especialidad Neonatología)		0
166. La dotación de enfermeras propias de los Sectores de Cuidados Intensivos e Intermedios esta constituido por enfermeras diplomadas en más de 2/3.		0
167. La distribución de enfermeras es igual en todos los turnos		0
168. Hay por lo menos un personal de enfermería permanente cada 2 pacientes de Cuidados Intensivos, 4 pacientes en Cuidados Intermedios y Crecimiento de Prematuros, 9 pacientes en Cuidados Transicionales y 12 Recién Nacidos en Internación Conjunta.		0
169. Hay enfermeras dedicadas exclusivamente a la atención de los RN normales en la Internación Conjunta con formación perinatólogo		0
170. El personal de enfermería rota por las 3 Zonas y recibe capacitación en Servicio		0
171. Si el Servicio efectúa ARM, tiene no menos de 3 enfermeras por turno en Cuidados Intensivos		0
172. Hay equipo de Enfermería especializada en control de Infecciones Intrahospitalarias y Bioseguridad.		0
173. Enfermera para recepción reanimación disponible las 24 hs capacitada en RCP neonatal y en transporte intra institucional.		0
Subtotal		0
<i>Recursos limitantes: todos los ítems son válidos.</i>		

Otro personal		
174. Se dispone de Farmacéutico para preparación de medicamentos en monodosis, de soluciones parenterales y/o fraccionamiento de fórmulas líquidas bajo campana de flujo laminar vertical si es que se preparan en el Servicio.		0

175. Hay una Nutricionista a cargo del Lactario de fórmulas y de leche Humana		0
176. El Servicio cuenta con una mucama especialmente entrenada por cada 10 pacientes por lo menos, en todos los turnos.		0
177. Hay 1 personal administrativo cada 15 plazas		0
178. Hay Asistente social asignada al Servicio		0
179. Hay Psicólogo asignado al Servicio		0
180. Hay técnico electrónico asignado al Servicio		0
181. Hay profesional en estadísticas asignado al Servicio		0
182. Existe un Servicio de Voluntarios		0
Subtotal		0
<i>Recursos limitantes: Todos los ítems son relevantes en Centros Perinatológicos terciarios o de alta complejidad.</i>		
Total Capítulo III: Recursos Humanos:		0

Capítulo IV: Servicios Complementarios

A. Laboratorio		
183. El Laboratorio esta a cargo de un profesional bioquímico que cumple no menos de 30 hs. semanales		0
184. Cuenta con técnico de guardia activa las 24 hs.		0
185. Se utilizan exclusivamente micro técnicas para exámenes de laboratorio		0
186. Las muestra son obtenidas por personal idóneo entrenado en técnicas de infección intrahospitalaria		0
187. El laboratorio puede efectuar e informar dentro de la hora de solicitado: glucemia, gases en sangre, ionograma, calcemia, hemoglobina, hematocrito, etc.		0
188. El laboratorio puede efectuar e informar dentro de las 3 hs. uremia, recuento de blancos, orina, LCR, Bilirrubina, etc.		0
189. El laboratorio efectúa toma de muestras y procesado de Bacteriología.		0
190. Se efectúa periódicamente control de calidad de diferentes determinaciones		0
191. Se efectúan reuniones entre Laboratorio y Neonatología en forma periódica.		0
Subtotal		0

Recursos limitantes: Todos los ítems son relevantes en Centros Perinatológicos terciarios o de alta complejidad.

B. Diagnóstico por Imágenes		
192. El Servicio esta a cargo de un Médico especialista en Diagnóstico por Imágenes que cumpla no menos de 30 hs. semanales.		0
193. Dicho profesional tiene experiencia en Diagnóstico por Imágenes en Pediatría y Neonatología.		0
194. Dicho Servicio realiza estudios Ecográficos y/o Radiológicos por lo menos 6 hs. por día con supervisión profesional		0

195. Cuenta con un técnico de guardia activa las 24 hs.		0
196. Esta asignado a la Unidad de Cuidados Intensivos un aparato portátil de Rx de alta velocidad		0
197. Todas las Rx se realizan con adecuada protección genital		0
198. Existen controles de radiación absorbida por personal de Neonatología o controles periódicos en el área		0
199. Existen por lo menos 2 delantales de plomo para protección del personal.		0
200. Se puede realizar Ecocardiografía Modo M bidimensional, Doppler con Transductores 5 y 7,5 MHz		0
201. Se puede realizar Ecografía cerebral		0
202. Se puede realizar (o derivar para) Ecografía Doppler color, Tomografía Computada, Resonancia Magnética, Centellografía, etc.		0
203. El Servicio de Diagnóstico por Imágenes participa de Ateneos Conjuntos y/o reuniones organizativas con el Servicio de Neonatología.		0
Subtotal		0

Recursos limitantes: Todos los ítems son relevantes en Centros Perinatológicos terciarios o de alta complejidad.

C. Hemoterapia		
204. El Servicio esta a cargo de un Médico Hematólogo		0
205. Dicho profesional tiene experiencia en RN		0
206. Existe técnico de Guardia activa las 24 hs.		0
207. El Servicio efectúa de rutina a todas las muestras de dadores estudios sobre Chagas, Lúes, Hepatitis, HIV, CMV, etc.		0
208. Existe un registro de dadores entre el personal de la Institución, Obra Social, la comunidad, etc.		0
209. Existe un Banco de Sangre como para mantener la necesidad mínima de requerimientos por 48 hs., o conexión con proveedores de sangre que puedan asegurarla.		0
210. Existe un Programa de Donantes para Prematuros		0
211. El Servicio de Hemoterapia participa en Ateneos conjuntos con el Servicio de Neonatología		0
Subtotal		0

Recursos limitantes: Todos los ítems son relevantes en Centros Perinatológicos terciarios o de alta complejidad.

Total Capítulo IV: Servicios Complementarios:	0
------------------------------------------------------	----------

Capítulo V: Funcionamiento y Organización del Servicio

Requisitos comunes a las 3 Zonas

1. Normatizaciones

212. Las Normas del Servicio son elaboradas con la participación completa del equipo de salud, con énfasis en Medicina Basada en la Evidencia y con la aplicación de Tecnologías Apropriadas, compatibilizadas con las Normas Nacionales y sus resultados evaluados en forma periódica.		0
213. Existen Normas escritas de control de la Infección Intrahospitalaria y Bioseguridad que se cumplen sistemáticamente y son supervisadas y evaluadas en forma periódica.		0
214. Los técnicos de mantenimiento, laboratorio, Rayos, Hemoterapia y el resto de los integrantes del Equipo de Salud cumplen estas Normas.		0
215. Existen una Política escrita sobre Lactancia Materna que se ajusta a los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.		0
216. Existen Normas de Seguridad tendientes a evitar el robo o cambio de niños, manteniendo la integridad del binomio Madre-hijo.		0
217. Existen Normas para pedidos y procesados de Laboratorio y radiología de urgencia (menos de una hora) que se cumplen en el 100% de los casos.		0
218. Existen Normas para Extracciones de Laboratorio, Tomas de muestras para Bacteriología, Estudios necrópsicos		0
219. Existen Normas para solicitud y procesado de Grupo, Rh y Coombs, se obtiene sangre para transfusiones dentro de 60 minutos de solicitada.		0
220. Existen Normas para la adecuada preparación de materiales, contenido y presentación de paquetes, bandejas, cajas, con entrega y reposición simultánea de material.		0
221. Existen Normas de funcionamiento de la Unidad frente a desastres y/o catástrofes: incendio, terremoto, inundaciones, etc. y el personal ha sido entrenado al respecto		0
222. El Servicio cuenta con Normas provenientes de adecuado asesoramiento jurídico y de Auditoría Interna, con control de costos y gastos de compras.		0
223. Todas las Normas se encuentran por escrito y en lugar accesible a todo el personal del Equipo de Salud a toda hora.		0
Subtotal		0

2. Organización de la Asistencia		
224. El Servicio de Neonatología depende del Departamento Materno Infantil o Perinatólogico		0
225. Se dispone de posibilidad de interconsulta y/ o se cuenta con las siguientes especialidades: Cardiología, Infectología, Genética, Neurología, Cirugía Infantil, Anestesiología.		0
226. Las decisiones sobre las embarazadas de alto riesgo se toman en forma conjunta entre obstetras y neonatólogos		0
227. Las madres reciben durante su estadía hospitalaria educación para la salud y tanto ellas como sus hijos tienen altas dirigidas y orientadas.		0

228. Se cuenta con un sistema informático (SIP-CLAP, Agustina, Epi Info, etc.) en el que se vuelcan los datos de los pacientes asistidos y sus resultados se publican anualmente		0
229. Se efectúa evaluación periódica de los registros informáticos (y otros) de:		
. factores de riesgo perinatal . estadísticas de morbimortalidad, según intervalos de peso y diferentes patologías . Resultados de técnicas y procedimientos . Infección Intrahospitalaria . Uso racional de insumos y materiales . Satisfacción del usuario . Lactancia Materna		0
230. Al egreso todo RN tiene su carnet de alta con los datos principales y los RN patológicos además resumen de Historia Clínica que se entrega a sus padres.		0
231. Esta coordinado el seguimiento al alta por Consultorios de la Institución y/u otras alternativas.		0
232. Esta organizada la asistencia por Consultorios Externos, existiendo programas especiales de seguimiento para : prematuros menores de 1.500 gr., RN Alto riesgo, Retinopatía del prematuro, investigación auditiva, Anoxia perinatal, desarrollo psicomotor, estimulación oportuna, desiertos, y/u otros		0
233. La atención recibida por el RN y su familia es evaluada por los usuarios por medio de encuestas u otros sistemas de control (Satisfacción del usuario)		0
Subtotal		0

3. Historia Clínica		
234. Todos los pacientes, sanos o patológicos, tienen historia clínica que es actualizada por lo menos diariamente, constando fecha, hora y firma aclarada. Al alta constan todos los diagnósticos y se efectúa una epicrisis y/o resumen estadístico perinatal		0
235. En la Historia Clínica se consignan, archivan y comentan los resultados de interconsultas, exámenes complementarios, partes quirúrgicos, hojas de controles de enfermería y de evaluación médica , de procedimientos, visitas de padres, etc..		0
236. Las órdenes que ejecutan las enfermeras sólo se imparten por escrito, están consignadas en la Historia Clínica (hoja de indicaciones) , sólo las imparten los médicos y se firman al cumplirlas.		0
237. Se efectúa Auditoría de Historias Clínicas al azar y en forma periódica.		0
238. Las Historias Clínicas de los RN normales son archivadas por 10 años y las de los RN patológicos por 15 años con un método de almacenamiento que permite su fácil consulta.		0
239. La Historia Clínica de los RN Patológicos y eventualmente RN sanos, tiene una sección que permite evaluar alto riesgo psicosocial		0

Subtotal	0
-----------------	----------

4 Comités de Docencia e Investigación y otros.	
240. Existe un Comité de Docencia e Investigación en la Institución que incluye las actividades del área Perinatal en su programación.	0
241. Están programadas anualmente las actividades de educación continua para todo el equipo de salud (médicos, enfermeras, etc.)	0
242. Estas actividades de capacitación reiteran anualmente o semestralmente capacitación en temas básicos como: Reanimación del RN, Lactancia Materna, Medidas de Bioseguridad, etc. de manera que TODO el personal las reciba.	0
243. Se efectúan reuniones clínicas conjuntas entre Obstetricia y Neonatología	0
244. Está programada la rotación de Residentes de Pediatría/Neonatología en Obstetricia y viceversa	0
245. Los proyectos de Investigación del Servicio son evaluados y autorizados por el Comité de Docencia e Investigación, están integrados a las actividades del Servicio y supervisados por la Jefatura.	0
246. Participa el Servicio en investigaciones colaborativas y/o interdisciplinarias	0
247. La mayoría de las investigaciones están destinadas a mejorar la problemática asistencial	0
248. Existe un Comité de Ética en la Institución y hay un representante del área Perinatal en él. El Comité asesora sobre modelo de Consentimiento informado, problemas éticos sobre conductas a tomar con los pacientes, etc.	0
249. Hay un Comité de Infecciones en la Institución integrado por algún representante del área Perinatal. Asesora sobre control de Infecciones Intrahospitalarias, medidas de Bioseguridad, uso racional de antibióticos, etc.	0
250. Cuenta con servicio de conexión a internet (con sistema de búsqueda bibliográfica), disponible al personal de salud	0
Subtotal	0
Subtotal de Requisitos comunes a las tres Zonas:	0

A. Zonas de atención de RN en Sala de Parto e Internación Conjunta	
251. Existen Normas escritas de atención del RN normal en Sala de Partos que se cumplen en el 100% de los casos.	0
252. Existen Normas de atención de los RN patológicos en Sala de Partos	0
253. Inmediatamente al nacimiento, se permite el contacto precoz madre hijo, piel a piel para favorecer el vínculo madre-hijo	0
254. Se fomenta el ingreso de los padres o familiar a la Sala de dilatante, Sala de Partos o Salas TPR	0
255. Se llevan registros de RN deprimidos, malformados, etc. según peso, EG, y su morbilidad, efectuándose periódicamente auditoría de los resultados.	0

256. Se utilizan simuladores en la práctica de la reanimación del RN (muñecos)		0
257. Existen Normas escritas sobre el RN sano donde se enfatiza la Lactancia materna siguiendo los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño(OMS-UNICEF)		0
258. El RN sano permanece la mayor parte del tiempo en la habitación con su madre y no es separado innecesariamente para procedimientos, período nocturno, etc. Se recomienda la posición boca arriba o de costado para dormir al RN.		0
259. Existen planes de estimulación oportuna y para favorecer el vínculo madre-hijo		0
260. Las enfermeras reciben entrenamiento especial en lactancia materna y signos de alarma		0
261. El Servicio cuenta con puericultoras para lactancia		0
262. El Servicio cuenta con estadísticas de lactancia al egreso y a los 2,4 y 6 meses de edad.		0
Subtotal		0

B. Zona de Cuidados Especiales Neonatales		
263. Existen Normas escritas y registros para criterios de derivación y contrareferencia, diagnóstico y tratamiento de las principales patologías y criterios de alta		0
264. Se realizan exámenes bacteriológicos a los infectados y/o sospechosos de infección existiendo registro de sensibilidad microbiana a antibióticos y su uso.		0
265. Se cumplen los programas de Control de Infecciones Intrahospitalarias y se lleva registro de las mismas (continuos, transversales, etc)		0
266. El Jefe del Servicio hace no menos de un Pase de Sala diario		0
267. Los médicos de planta del Servicio y de guardia hacen una revista de sala asistencial por lo menos una vez por día.		0
268. Los médicos de guardia efectúan pase de sala con enfermeras de los casos más importantes y/o graves una vez por turno.		0
269. Los padres reciben información personalizada adecuada diariamente por el Jefe (Servicio, Unidad) o médicos de planta en un horario de informes.		0
270. El horario de visita de los padres no tiene restricciones, favoreciéndose el contacto padres-hijos		0
271. Los padres participan en reuniones periódicas con médicos y otros integrantes del equipo de salud.		0
272. Hay algún registros de las mismas		0
273. Se efectúa el seguimiento de los padres luego del fallecimiento de los RN		0
274. Los egresos de los RN de alto riesgo son planificados, decididos y evaluados en forma conjunta por médicos y enfermeras y además por asistentes sociales y psicólogos.		0
275. Existe un protocolo de alta		0

276. El Hospital realiza visitas domiciliarias de pre-alta o luego del alta al grupo de alto riesgo		0
277. Esta organizada la prevención y conducta ante la deserción del RN de alto riesgo en Consultorio Externos.		0
278. Se dictan cursos de reanimación cardiopulmonar para padres de RN de alto riesgo (menores de 1500 gr, secueles neurológicos, etc), previos al alta. Si el número mensual de altas programadas de RN de riesgo es bajo (menos de 5) se coordina con otra entidad para su realización. Forma parte del protocolo de alta.		0
279. El Hospital cuenta con el funcionamiento de un comité de seguridad del paciente o algún método de prevención de errores médicos.		0
280. El servicio ha certificado alguna norma internacional de calidad.		0
<i>Subtotal</i>		0
<i>Total Capítulo V:Funcionamiento y Organización del Servicio</i>	0	
TOTAL DE LA GUIA:		0

Evaluador/es:

Institución:

Fecha:

Toda esta información puede complementarse con revisión de documentos y registros institucionales, si estos existen como tales y si es posible para el facilitador acceder a ellos. Si esta última instancia no fuera viable, es en sí mismo, un dato relevante a consignar en la recolección del facilitador y a destacar en el informe que realice luego de procesar la información obtenida. Del análisis del conjunto de la información, surgen los problemas y el facilitador los prioriza en función del conocimiento situacional obtenido en el proceso del diagnóstico. Esta es una instancia coyuntural, donde entra en juego la habilidad del facilitador para poder determinar las acciones pertinentes, la factibilidad de implementarlas, la secuencia temporal y la estrategia marco de implementación.

Descripción del ámbito de acción del facilitador



Fig 1- Facilitación interna de los procesos de las áreas y su vinculación.

Área de gestión:

La gestión de las instituciones de salud en general reviste una complejidad que es propia de la gestión pública, con el factor agregado del tenor de los problemas que necesitan resolverse que atañen a la vida, la salud y el pronóstico de las personas. La dependencia de la institución: nacional, provincial o autárquica también marca una modalidad en el tipo de gestión institucional, dado que determina un aspecto angular que es el financiamiento. En especial las maternidades son un tipo de institución o área de la institución hospitalaria que atiende a una población vulnerable como son embarazadas, recién nacidos y sus familias, donde las situaciones cotidianas tienen alta demanda de recursos y exigen inmediatez en todos sus órdenes. El organigrama institucional delimita las funciones de cada integrante en la gestión. Las instituciones más antiguas tienen una estructura que contempla una dirección única que centraliza lo asistencial, lo administrativo y la infraestructura y que se vincula con todas esas áreas a través de departamentos con sus respectivas jefaturas. Las instituciones con

menos de veinte años de creación, en general, se han concebido con estructuras de gestión más flexibles con direcciones asociadas que incluyen más de un integrante con conocimiento y experiencia en diferentes aspectos de la gestión y que se vinculan directamente con las jefaturas de los distintos servicios. Estos dos modelos conviven actualmente en el conjunto de las maternidades públicas y es un aspecto crucial para la inserción y el desarrollo del trabajo del facilitador, dado que es la primera barrera a sortear para poder hacer su ingreso a la maternidad, ejercer su rol con autonomía y motorizar procesos de mejora que se concreten en forma efectiva en un plazo considerable. Si bien ninguno de los dos modelos garantiza un ciento por ciento de aceptación o negativa a la inclusión del facilitador, hay elementos en cada uno de ellos que representan barreras y oportunidades para que en mayor o menor medida pueda llevarse a cabo la facilitación de los procesos y por lo tanto requieren de conocimiento y habilidades del facilitador para abrir canales de vehiculización. Reviste importancia en este aspecto que el facilitador sea un profesional de salud porque conoce de la base de la problemática de salud y puede argumentar desde ese conocimiento para orientar el camino de la gestión más efectiva para resolver o encauzar esas problemáticas. El facilitador trabaja en la gestión interinstitucional de la maternidad sobre las vinculaciones entre áreas o departamentos con los servicios, los servicios entre sí, las jefaturas y la dirección, las jefaturas y los profesionales de planta, desde las comunicaciones y los procesos que se llevan a cabo entre ellos. De igual modo en la gestión externa el facilitador toma las relaciones con las autoridades y la comunidad. La facilitación de los vínculos entre la maternidad y las autoridades de salud son fundamentales para obtener el apoyo para la puesta en agenda de necesidades institucionales puntuales y los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento. Respecto de la comunidad el facilitador puede obtener información sistemática de la percepción de la población acerca de valoración de la maternidad y trabajar sobre las barreras y los facilitadores para que la institución se transforme en maternidad de puertas abiertas a la comunidad.

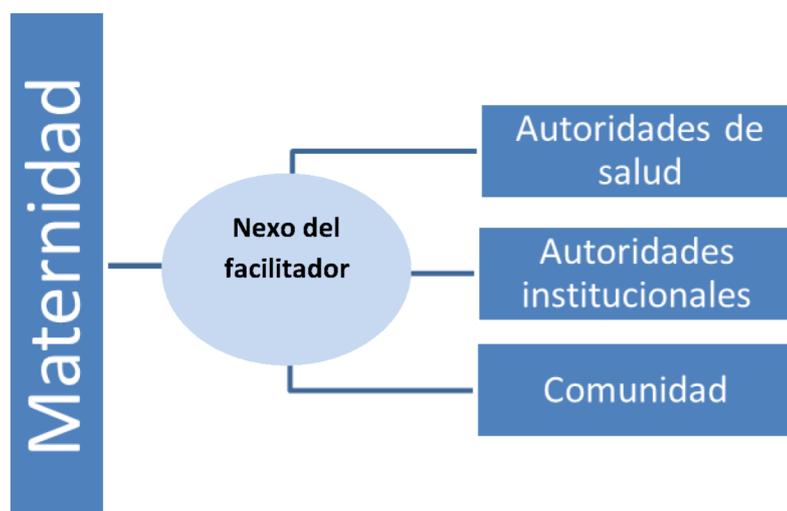


Fig. 2- Facilitación del nexo con las autoridades y la comunidad.

Área de recurso humano:

En esta área el eje de acción del facilitador se focalizará en la capacitación. La capacitación del recurso humano de las maternidades apunta a tomar la mejor evidencia disponible en un conjunto de temáticas específicas diagnosticadas como relevantes y trabajar sobre dos ejes, el sustento teórico y las habilidades prácticas. Si bien es un área de trabajo imprescindible como punto de partida a los procesos de mejora, no debe ser la única por las innumerables referencias que hay en la bibliografía respecto del escaso impacto en el cuidado ofrecido a los usuarios. Esto es que no siempre los cambios implementados en la práctica cotidiana en salud se traducen en una mejora contundente y mensurable para los usuarios de la atención de salud (Moher M *et al*, 2001, p.5). Para la capacitación es una buena alternativa tomar el modelo de asistencia técnica para todo lo referente a adquisición de habilidades prácticas e implementación y complementarlo con un fuerte componente teórico que brinde la justificación. Esta es una cuestión vertebral cuando se pretenden cambios sustanciales y duraderos en la asistencia y el cuidado, dado que el objetivo no es que los profesionales repitan actividades en forma automática, sino que puedan comprender en profundidad en que se fundamentan. Esto va en congruencia con la aplicación del juicio crítico, la autoevaluación y la revisión permanente de los procesos adaptándolos a las necesidades puntuales de una población determinada.

Área de infraestructura:

Esta área se aborda como parte de la optimización de recursos para poder implementar la atención de salud, depende de tener la capacitación necesaria para el uso adecuado de infraestructura y recursos materiales, la detección oportuna de necesidades, así como de una gestión efectiva para lograr optimizarla. Salvo excepciones, la mayoría de las maternidades no necesitan edificios completos a nuevo, sin embargo, la mayoría necesitan mejoras de instalaciones o reubicación de recursos existentes para ofrecer un cambio cualitativo en el cuidado y la atención de salud. Si bien las mejoras de infraestructura pueden requerir de obras y financiamiento para las mismas, la detección de las necesidades mínimas prioritarias y su justificación llevadas a cabo por el facilitador, hacen viable su planificación y efectivización en el corto plazo, por ejemplo: pileta para lavado de manos por tratarse de la medida con mayor evidencia para la prevención de infecciones (WHO, 2009).

Capítulo IV:

Metodología propuesta para la intervención y la evaluación

1. Diseño metodológico

Considerando la hipótesis de que el facilitador podría ser el motor del cambio y la transformación de las maternidades, contribuyendo a la salud materno infantil en términos de mejora y para poder conocer el impacto, necesitamos poder compararlo con el modelo habitual. Para poder conocer este impacto del nuevo modelo (con intervención de un facilitador) en comparación con el habitual (sin intervención del facilitador) lo más apropiado es una investigación clínica aleatorizada por unidades de estudio, constituidas por cada maternidad, con diseño “stepped wedge” (Hargreaves J *et al*, 2015, p.3) (Brown C y Lilford R, 2006, p.6)). Este diseño implica una puesta en marcha secuencial de la intervención, se determina al azar el momento en que comienza la intervención en cada unidad de análisis y al final de la investigación todas la han recibido. Parte de las ventajas de este diseño radica en que no implica intervención simultánea, lo que en muchas oportunidades no es factible por cuestiones logísticas o financieras. Todas las maternidades recibirán la intervención de manera que ninguna quedará sin recibir el potencial beneficio y respecto a esto último, cabe destacar que partiendo de esta premisa de que es una intervención potencialmente beneficiosa, desde el punto de vista ético no sería correcto excluir y quitar la oportunidad del beneficio a ninguna de las unidades. Existe otra ventaja del modelo que es la posibilidad de una serie de oportunidades para el análisis de datos, especialmente para modelar el efecto del tiempo sobre la eficacia de una intervención.

La elección de la metodología en oportunidad de este proyecto implicó un gran desafío dado que no hay un diseño en el cual tal y como ha sido concebido, pueda enmarcarse con rigor. El diseño metodológico elegido se fundamenta en que para abordar problemas multidimensionales se requieren intervenciones complejas. Este tipo de intervenciones tiene la ventaja de abarcar diferentes aspectos y sus dimensiones a un tiempo, pero tiene la dificultad que implica su evaluación y su replicación. Está clara la necesidad de una evaluación metodológicamente rigurosa del modelo de formación de facilitadores, de su intervención y del impacto. Dado el potencial beneficio, pero aún no probado de esta intervención, el pensamiento rápidamente remite a pensar en un diseño de estudio aleatorizado controlado como el

diseño más apropiado para evaluar la efectividad de un modelo sobre la mortalidad materna e infantil (tomando prioritariamente el componente neonatal) disminuyendo así el riesgo del sesgo. Ahora tratándose de un indicador como la mortalidad sería ingenuo, y además metodológicamente incorrecto, manifestarse concluyente respecto de la eficiencia y eficacia de la intervención directamente en la disminución de la TMM y la TMN, pero si sería posible encontrar indicadores que den cuenta de la contribución de la intervención en la mejora de factores que están identificados como de influencia directa en ambas tasas, por ejemplo, el uso de prácticas seguras basadas en evidencia. Para el caso puntual de la mortalidad materna, dado que es un evento infrecuente y que el tamaño muestral requerido para evaluar la efectividad de una intervención sobre ella no sería factible puede utilizarse un indicador compuesto que involucre varios eventos sustitutos. A este indicador se denomina “*Near Miss Materno*” (WHO, 2011. WHO, 2005) que significa que la mujer sufrió una morbilidad severa por la que pudo haber muerto, durante el período de embarazo, parto o puerperio.

Teniendo en cuenta el carácter de la intervención, los múltiples factores implicados y todas sus dimensiones se propone realizar una investigación con un diseño flexible. Esto permitiría obtener información cuali cuantitativa para generar un primer análisis con un grado de contundencia tal que aporte información certera acerca de la continuidad y replicabilidad de la intervención.

A continuación, se desarrolla la metodología de estudio de la intervención sanitaria centralizada en la acción de los facilitadores en las maternidades con los aspectos metodológicos puntuales de cada uno de los procesos:

- Formación de facilitadores.
- Intervención de los facilitadores.
- Evaluación.

La identificación de referentes es crucial para poder llevar adelante el proceso de mejora institucional y comienza desde el momento de la sensibilización y se refuerza durante el proceso del diagnóstico de situación. Nuevamente aquí entran en juego las habilidades del facilitador en cuanto a la selección, dado que, es necesario encontrar un punto de equilibrio entre las características de cada uno de los referentes para formar un equipo donde se potencien las fortalezas de cada uno y las debilidades no

sean excluyentes, sin desestimar el rol preexistente de cada uno de ellos en la política interna institucional. Una vez identificados los referentes, el facilitador los convoca y los invita a formar parte del proceso de implementación de las mejoras, involucrándolos desde la elección de las estrategias puntuales y a lo largo de la puesta en marcha, el seguimiento, la evaluación y la retroalimentación. Cabe mencionar en este punto, que de los referentes que trabajen durante este proceso surgirán el o los futuros facilitadores institucionales definitivos o estables, que formarán parte de la capacidad instalada que el proceso de mejora dejará a la institución.

La capacitación es la columna vertebral en el cuerpo de la estrategia de mejora. Los objetivos de la misma deben ir en congruencia con las prioridades, de manera que en lo concreto ofrezca respuesta a los problemas reales de la atención y el cuidado de salud. Para poder llevarla a cabo en forma progresiva, constante y continua es fundamental la participación de los referentes y esto redundará en un doble beneficio capitalizable en el proceso de mejora: referentes capacitados y futuros capacitadores institucionales capacitados y motivados.

La evaluación se lleva a cabo básicamente con los mismos instrumentos que se realiza el diagnóstico de situación y se agregan, otros instrumentos o instancias puntuales para relevar aquellos aspectos emergentes o instalados en el transcurso del proceso como resultado de las acciones orientadas a la mejora. Por ejemplo, la calidad de los registros si eran inexistentes y ahora se han instaurado, un procedimiento que antes no se realizaba y ahora es parte de las rutinas o un circuito de gestión de recursos recientemente creado. Las entrevistas, que en la etapa inicial son pertinente al objetivo de obtener un diagnóstico de situación en el corto plazo, en la etapa de la evaluación pueden ser complementadas por grupos focales, donde se obtenga una información más amplia y enriquecida por el intercambio y la interacción de los participantes.

La retroalimentación actúa como un factor de mejora en sí mismo, dado que presenta a todos los integrantes de la institución los resultados de la situación institucional, con sus fortalezas y debilidades, plantea las estrategias implementadas y sus resultados, da cuenta del mapa de ruta y del lugar desde donde se parte, hacia donde

se proyecta llegar y como se está transitando ese camino, con especial énfasis en lo que se necesita de cada uno de ellos para arribar al punto de llegada. Es en general, una instancia muy esperada por los grupos de trabajo y el facilitador la desarrollará de tal forma que todos puedan ver la concreción de lo propuesto inicialmente en la sensibilización, como un proceso del que forman parte, con logros y dificultades y una proyección continua a futuro.

De forma simultánea se va a trabajar en la facilitación interna de la maternidad, así como en la facilitación externa que comprende los vínculos de la maternidad con los tres interlocutores naturales: las autoridades de salud, las autoridades sanitarias, formales e informales, y la comunidad.

Cada maternidad constituye una unidad de análisis y a los efectos de mostrar en forma concreta como se llevará a cabo el abordaje se plantean las siguientes dimensiones e indicadores:

- a- Gestión entendida como la aplicación del buen uso de recursos mediante buenas prácticas o procesos para lograr objetivos de salud perinatal planteados.
- b- Recurso humano entendido como las personas con las que la maternidad cuenta para desarrollar y ejecutar de manera correcta las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse en el marco de los procesos de atención, cuidado y gestión en salud.
- c- Infraestructura es el sostén edilicio o el ámbito estructural donde se desarrollan las actividades de salud.

Las variables que se utilizaron para el abordaje y análisis son:

- Para gestión se tomaron tres variables: los instrumentos existentes que regulan la organización institucional, los instrumentos implementados para regular dicha organización y la comunicación institucional. A cada una de las variables se les otorgó una escala de valor que para el caso de la primera fue dicotómica y en las dos siguientes fue múltiple. Se utilizaron dimensiones con el propósito de mostrar aspectos considerados angulares de la variable y para cada dimensión se eligió uno o varios indicadores que dieran cuenta de su importancia concreta en la realidad.
- Para recurso humano se tomaron dos variables: la aptitud del recurso humano para el rol y la cantidad disponible. Para la primera variable se propuso un valor entre óptimo e insuficiente y se dimensionó en certificación, capacitación, habilidades procedimentales y actitudinales. Se utilizaron de igual modo que en gestión uno o dos indicadores para cada dimensión.
- Para infraestructura se tomaron tres variables: edificación, equipamiento indispensable disponible e insumos esenciales disponibles. Para la primera variable se planteó un valor múltiple y para las otras dos un valor dicotómico. Para todas las variables se plantearon dimensiones e indicadores que permitieran dar cuenta de la situación real de cada una de ellas y en su conjunto de la situación real de la infraestructura.

De acuerdo con Samaja (Samaja J,2008,p.147) la descripción de los párrafos anteriores permite plantear un sistema de matriz de datos que se presenta a continuación:

Matriz de datos

U de análisis	Variable	Valor	Dimensión	Indicador
Gestión de la maternidad	Instrumentos existentes que regulan la organización institucional	-Sí -No	-Normas institucionales. -Procedimientos operativos. estándar (POE)	- Existencia de normas actualizadas. - Existencia de manual operativo.
	Instrumentos existentes implementados para regular la organización institucional	-Alta aplicación -Mediana aplicación -Baja aplicación -Nula aplicación	-Normas gubernamentales. -Normas institucionales. -Procedimientos operativos. estándar (POE)	- Cumplimiento de las CONE. - Cumplimiento de las normas existentes. Implementación de los procedimientos según las POE
	Comunicación institucional	-Alta implementación -Mediana implementación -Poca implementación - No implementada	-Formal -Informal -Inexistente	-Escrita y visible - Oral - Ni escrita ni oral
Recurso humano de salud	Aptitud del recurso humano para el rol	-Óptimo -Suficiente -Insuficiente	-Certificación -Capacitación -Habilidades procedimentales -Actitudinal	- Grado académico/título - Participación en formación continua - Registros ⁹⁶ completos

				<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia a normas y protocolos - Presentismo
	Cantidad de recurso humano	Recomendada Suficiente (según MSN) Insuficiente		Cantidad de recurso humano/cantidad-complejidad de usuarios
Infraestructura	Edilicia	<ul style="list-style-type: none"> -Óptima -Adecuada -Inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad - Funcionalidad - Disponibilidad - Servicios básicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de normas de habitación. - Cumplimiento de normas de seguridad e higiene. - Estructura acorde a la función. - Número de camas/población que asiste - Provisión continua - Alternativas de emergencia previstas
	Equipamiento indispensable disponible	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipos de monitoreo - Equipos de diagnóstico - Equipos de 	<ul style="list-style-type: none"> - Accesible - Funcionante - Fecha de mantenimiento - Stock mínimo

			asistencia - Camas - Cunas	
	Insumos indispensables disponibles	-Sí -No	- Descartables - Medicamentos - Limpieza - Papelería	- Accesible - Vigente - Envase indemne - Stock mínimo

2. Una propuesta de evaluación:

El vocablo evaluación proviene del latín *valere*, que significa valorar. Evaluar es fijar el valor de una cosa y para hacerlo se requiere un procedimiento que permita comparar aquello a evaluar respecto de un criterio o un patrón determinado (Cohen E y Franco R, 1988, p.107).

Cuadro sinóptico del proceso de la evaluación

Evaluación de la intervención

- Informes de los facilitadores: diagnóstico de situación e informe de avance.
- Entrevistas a autoridades institucionales, referentes de servicio y usuarios del servicio.

Evaluación del programa de formación de facilitadores

- Trabajo final: Presentación de la matriz de datos. Diagnóstico de situación y listado de prioridades con estrategias y planificación de acciones a corto, mediano y largo plazo.
- Encuesta de satisfacción
- Encuesta de evaluación de aplicación de las herramientas a mediano plazo
- Entrevistas a participantes y docentes.

Evaluación de la intervención:

Las intervenciones complejas son aquellas en las que interactúan simultáneamente varios procesos entre sí, son ampliamente utilizadas en los servicios de salud. Según un documento del Medical Research Council (Craig P *et al*, 2006, p.33) que constituye una guía para el desarrollo y evaluación de intervenciones complejas, la evaluación es uno de los mayores desafíos dado que hay elementos que la complejizan metodológicamente en mayor grado que otras evaluaciones, tales como:

- Estandarizar el diseño y dinámica de las prestaciones.
- La influencia del contexto.
- Dificultades logísticas para aplicar métodos experimentales a los cambios en los servicios.
- Extensión y complejidad de la causalidad entre intervenciones y resultados.

Las posibilidades de abordar esta complejidad en su conjunto dan cuenta de la efectividad de la intervención compleja en la práctica es decir cuan efectiva es en la práctica diaria a partir de cómo opera (Haynes, 1999, p.652). Esto implica poder comprender el conjunto de efectos, las variaciones entre los beneficiarios, contextos, tiempo y las causas de esas variaciones. El proceso que se sintetiza en la Fig.3 representa los pasos principales a cumplimentar en la intervención compleja y las principales actividades a realizar.

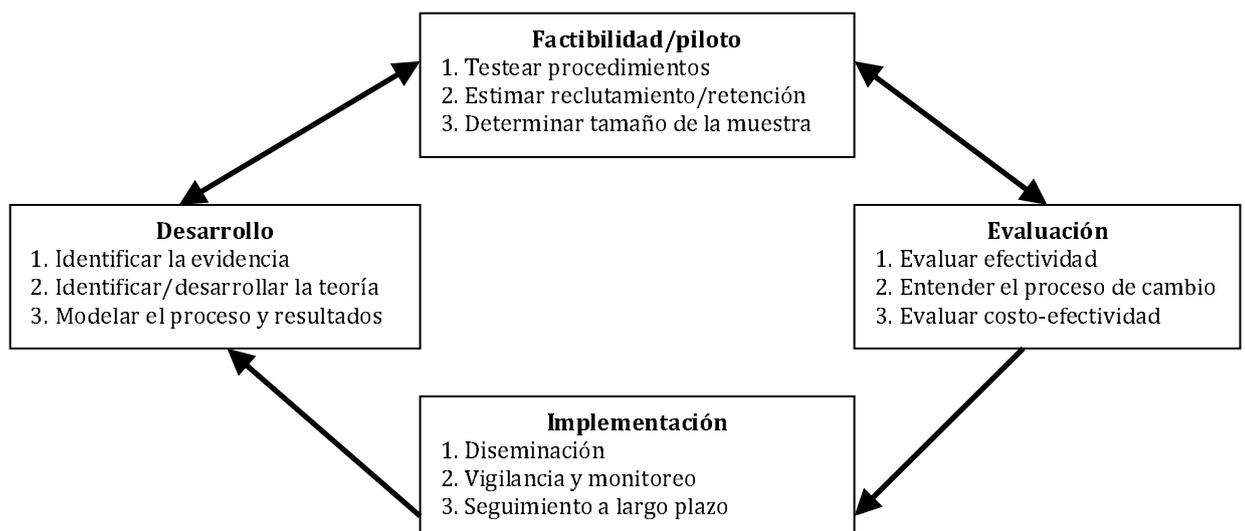


Fig.3: Elementos claves del proceso de desarrollo-evaluación-implementación. Tomado de Craig P et ál. Desarrollando y evaluando intervenciones complejas: Nueva guía. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance.2006.

El proceso es dinámico y si bien se piensa formalmente en términos de pasos, ello no significa que tengan que suceder en forma lineal o cíclica (Campbell N, 2007, p.457). Sí, es conceptualmente importante desarrollar la intervención de manera sistemática, usando la mejor evidencia disponible y la teoría apropiada. Luego, la implementación preliminar o “puesta a prueba” puede valorarse usando este enfoque de pasos, comenzando por un piloto o un estudio de factibilidad (Ukoumunne O *et al* ,1999, p.21), orientado a aquellos puntos que generen mayor incertidumbre o una evaluación exploratoria para luego dar paso a la definitiva. Es un hecho que la intervención compleja no ocurre de manera lineal, varía con el tiempo y la variación que se tolerará va a depender de si el foco de interés es la efectividad o eficacia. La efectividad se mide a nivel organizacional, la eficacia en el recurso humano y la eficiencia en la tecnología, como parte de la infraestructura (Tobar F, 2002, p.97). Hay ponderaciones que son imprescindibles de realizar: cuando es la eficacia es deseable limitar al mínimo la variación, en cambio cuando es la efectividad puede ganar validez interna y resignar pérdidas en generalización (Nebot M *et al*, 2011, p. 8).

Una de las cuestiones de peso a considerar es la diversidad de contextos, en este caso si bien todas son grandes maternidades públicas, puede que se restrinjan las posibilidades de análisis de algunas intervenciones. El contexto es crucial, por lo tanto, lo que funciona en un lugar puede no ser efectivo e inclusive riesgoso en otro lugar. Dado que el impacto de una nueva intervención depende de las prácticas existentes, debe ser diseñada para ajustarse a diferentes contextos y para su evaluación poder comprender en profundidad ese contexto y monitorear y documentar cualquier cambio significativo (NICE, 2007,p.14).

El modelo stepped wedge permite adaptar la implementación para permitir la evaluación y constituye uno de los motivos de haber sido elegido como el camino metodológico para llevar a cabo este proyecto.

Para los aspectos vinculados a los procesos que involucran a los participantes individualmente y en equipo, ya sea instancias de capacitación, posicionamiento frente a su rol, adherencia a la gestión o relación con los usuarios se propone utilizar un modelo propio de las ciencias sociales que es la sistematización de experiencias (Van de Velde H, 2008, p.172) (Ver al final del párrafo).

Modelo metodológico operativo del proceso de sistematización.

FORMATO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE ACTIVIDADES¹³:

Descripción de actividades				Diseño metodológico		Valoraciones del proceso reconstruido			
¿Qué?	¿Cuándo?	¿Dónde?	¿Quiénes?	Técnicas utilizadas	Proceso de aprendizaje	Factor facilitador	Consecuencia Positiva	Factor obstaculizador	Consecuencia Negativa

Fig.4: Tomado de: Cuaderno de Desarrollo comunitario n° 2. Herman Van Velde. Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica (CICAP)/ Volens Centroamérica.-- 1a. ed. Estelí: CICAP/Volens Centroamérica. 2008

La sistematización debe concebirse como un proceso de aprendizaje dialéctico partiendo de una práctica que se vive (o vivida), que se reconstruye y analiza de tal manera que las lecciones que se puedan sacar de ella permitan regresar a una nueva práctica mejorada. Una vez recolectada la información para la evaluación se utilizarán indicadores de proceso para dar cuenta del estado de situación.

La evaluación tiene las limitaciones propias de las intervenciones complejas, puede mostrarse un panorama general, poniendo de manifiesto las mejoras, para cada área de acción del facilitador, que en el seguimiento monitoree los avances en un proceso asincrónico para cada uno de sus aspectos. Sin embargo, pese a que esto puede considerarse metodológicamente una debilidad, una intervención compleja, como es la incorporación de un facilitador en instituciones de salud materno infantil, justifica ampliamente su implementación por el conjunto de prácticas avaladas por contundente evidencia, que se acercan a las instituciones y se ponen a disposición de la población usuaria de los servicios.

La aspiración de la medición de impacto no debe intentar resignarse, pero sí debe tomarse en cuenta que modificar significativamente un indicador como es la mortalidad no se logra con una sola intervención, por la complejidad y multifactoriedad de dicho indicador (Chambers R et al, 2009, p.25). Hay evidencia

que sostiene que las metodologías de estimación de impacto en salud en forma indirecta a partir de estudios epidemiológicos y datos de exposición son progresivamente más utilizadas para valorar consecuencias en salud pública, utilizando criterios como la consistencia de resultados, por diferentes métodos y la comprensión del proceso (Nebot M y Victora C, 2011, p.1). La fortaleza es entonces, para esta intervención compleja, poder implementar un conjunto de estrategias basadas en evidencia y aplicar una sistemática de evaluación que mensione las mejoras en términos de porcentaje de cumplimiento y de diferencias cualitativas. Esto es enfocarse en estimar el valor y la contribución de cada tecnología sanitaria y en función de ello de utilidad para la toma de decisiones emitir recomendaciones, acercando la evaluación como instrumento de una política pública (Espallargues M et al, 2011, p.41).

Indicadores:

Considerando que los indicadores representan medidas que permiten evaluar dimensiones indispensables, para esta intervención compleja se han construido un conjunto de indicadores básicos de salud (Valenzuela M, 2005, p.120) que den cuenta del proceso para cada una de las áreas de acción del facilitador.

Indicadores de proceso:

Indicadores del área de gestión

Gestión de la atención y el cuidado del binomio de bajo riesgo	
Dimensión	Indicador
Toda embarazada que ingresa a la guardia obstétrica es atendida por una obstétrica y/o un obstetra.	N° de embarazadas atendidas en guardia por una obstétrica u obstetra /total de ingresos a la guardia en un mes.
En la maternidad los profesionales de salud están capacitados y entrenados para el manejo de urgencias obstétricas.	N° profesionales de salud están capacitados y entrenados para el manejo de urgencias obstétricas al momento del relevamiento / n° total de profesionales del servicio

	de obstetricia.
En la maternidad los profesionales de salud capacitados y entrenados para el manejo de urgencias obstétricas están disponibles las 24 horas.	N° de horas diarias con disponibilidad de profesionales de salud capacitados y entrenados para el manejo de urgencias obstétricas durante un mes / total de horas mensuales (720hs).
A toda embarazada ingresada a la guardia obstétrica se abre o actualiza historia clínica perinatal.	N° de embarazadas con historia clínica perinatal abierta o actualizada en guardia / n° total de ingresos a la guardia obstétrica en un mes.
A toda embarazada que se atiende en guardia obstétrica se le realiza una evaluación de la salud fetal.	N° de embarazadas atendidas en guardia con evaluación de salud fetal / n° total de ingresos a la guardia obstétrica en un mes.
Toda embarazada que consulta en la guardia obstétrica y no requiere internación es referida al centro de salud.	N° de embarazadas atendidas en guardia que no requieren internación / n° de embarazadas referidas al centro de salud en un mes.
Toda embarazada que ingresa a la maternidad recibe promoción de lactancia materna.	N° de embarazadas que refieren haber recibido promoción de lactancia materna al ingreso a la maternidad / n° de embarazadas entrevistadas al finalizar una consulta durante una semana (dos entrevistas por turno y por día).
Toda embarazada que se interna tiene derecho a permanecer acompañada.	Se observa al menos una embarazada acompañada en la internación en sala (dos observaciones semanales por turno y por sala)
A toda embarazada que ingresa a sala de partos se le ofrece estar acompañada durante el trabajo de parto y parto.	Se observa al menos una embarazada acompañada durante el trabajo de parto y parto (dos observaciones semanales por turno)

Toda embarazada durante el trabajo de parto puede deambular e ingerir líquidos.	Se observa al menos una embarazada deambulando en sala de pre parto(dos observaciones semanales por turno)
Toda embarazada durante el trabajo de parto puede ingerir líquidos.	Se observan líquidos disponible para beber las embarazadas en sala de pre parto(dos observaciones semanales por turno)
Toda embarazada tiene derecho a elegir la posición para el parto.	Se observa al menos una embarazada en el parto que no permanezca acostada(dos observaciones semanales por turno)
Todo recién nacido sano al momento de nacer debe es colocado en contacto piel a piel con su madre.	Se observa al menos un recién nacido en contacto piel a piel con su madre en sala de partos(dos observaciones semanales por turno)
Todo recién nacido es identificado en sala de partos con sistema de triple pulsera acorde a la legislación vigente.	N° de recién nacidos identificados con pulsera en sala de partos / total de recién nacidos observados.
Todo recién nacido sano al momento de nacer es puesto al pecho materno en sala de partos.	N° de recién nacidos puestos al pecho en sala de partos / total de recién nacidos observados.
Todo recién nacido es valorado por un profesional de salud en sala de partos.	N° de recién nacidos valorados en sala de partos/ total de partos observados.
Todo recién nacido sano en el alojamiento conjunto tiene historia clínica.	N° de recién nacidos sanos con historia clínica / n° de recién nacidos relevados.
Todos los binomios en alojamiento conjunto reciben apoyo y asesoramiento en lactancia.	N° de madres del alojamiento conjunto que afirman haber recibido ayuda o asesoramiento en lactancia / n° de binomios relevado

Todo recién nacido que está en alojamiento conjunto es valorado diariamente por un profesional de salud.	N° de historias clínicas con registro diario de valoración / n° de recién nacidos relevados
A todo recién nacido se le realiza la pesquisa metabólica acorde a legislación vigente.	N° de pesquisas registradas en un mes / n° de nacimientos registrados en el mes
Los recién nacidos duermen boca arriba en cuna.	N° de recién nacidos durmiendo boca arriba en cuna / n° de recién nacidos relevados durmiendo
Los binomios pueden permanecer acompañados en el alojamiento conjunto.	Se observa al menos un binomio acompañado en el alojamiento conjunto (dos observaciones semanales por turno)
Las salas de alojamiento conjunto cuentan con enfermería las 24 hs.	Se observa al menos un enfermero por sala de alojamiento conjunto al momento de la observación (dos observaciones semanales por turno)
El equipo de salud enseña o refuerza los cuidados básicos del recién nacido a madres y familias.	N° de madres que afirman haber recibido enseñanza sobre cuidados básicos del recién nacido / n° de madres relevadas (dos entrevistas por turno y por día).
Las madres y familias reciben acompañamiento e información sobre el cuidado de los recién nacidos en el hogar.	N° de madres que afirman haber recibido enseñanza sobre cuidados básicos del recién nacido / n° de madres relevadas (dos entrevistas por turno y por día).
Las madres conocen los signos de alarma de sus recién nacidos ante los cuales consultar luego del egreso de la maternidad.	N° de madres que conocen los signos de alarma del recién nacido ante los cuales consultar / n° de madres relevadas (dos entrevistas por turno y por día).
Las puérperas conocen los signos	N° de puérperas que conocen los

de alarma obstétricos ante los cuales consultar luego del egreso de la maternidad.	signos de alarma obstétricos ante los cuales consultar luego del egreso / n° de madres relevadas (dos entrevistas por turno y por día).
Las familias egresan referenciadas para el control de la puérpera y el recién nacido con turno asignado.	N° de familias que egresan referenciadas y con turno asignado / n° de familias relevadas
Las historias clínicas de la puérpera y el recién nacido o la historia perinatal contienen epicrisis al egreso.	N° de historias clínicas con epicrisis al egreso / n° de historias clínicas relevadas.
Gestión de Procedimientos profesionales habituales	
Elementos de higiene de manos visibles en sala o sector	Sí No
Adherencia a la higiene de manos	N° de higienes de manos previos al procedimiento / n° de procedimientos observados N° de higienes de manos posteriores al procedimiento / n° de procedimientos observados
Uso de medidas de precaución universal	Uso de medidas de precaución universal / n° de procedimientos observados
Identificación de paciente previo a un procedimiento	Cotejo de pulsera identificatoria o apellido y nombre previo a un procedimiento / n° de procedimientos observados
Indicaciones médicas completas	N° de indicaciones médicas completas / n° total de indicaciones relevadas
Registros completos	N° de registros completos / n° de registros relevados

Indicadores del área de capacitación

<p><u>Capacitación en RCP neonatal.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos</p> <p>N° de profesionales certificados en RCP neonatal / n° de profesionales del área neonatal</p>
<p><u>Capacitación en RCP básico adultos.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos</p> <p>N° de profesionales certificados en RCP básico de adultos / n° de profesionales del área de obstetricia y ginecología</p>
<p><u>Capacitación en lactancia materna.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos</p> <p>N° de profesionales capacitados en lactancia materna / n° de profesionales de la maternidad</p>
<p><u>Capacitación en derechos de familias y recién nacidos.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos</p> <p>N° de profesionales capacitados en derechos de familias y recién nacidos / n° de profesionales de la maternidad</p>
<p><u>Capacitación en maternidad segura y centrada en la familia.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos en un lapso de tiempo</p> <p>N° de profesionales capacitados en derechos de familias y recién nacidos / n° de profesionales de la maternidad</p>

<p><u>Capacitación en registros.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos en un lapso de tiempo</p> <p>N° de profesionales capacitados en registros / n° de profesionales de la maternidad</p>
<p><u>Taller de manejo de leche materna extraída.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos en un lapso de tiempo</p> <p>N° de profesionales capacitados en manejo de leche materna extraída / n° de profesionales de neonatología</p>
<p><u>Capacitación en prevención de infecciones asociadas al cuidado de salud</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos en un lapso de tiempo</p> <p>N° de profesionales capacitados en prevención de infecciones asociadas al cuidado de salud / n° de profesionales de la maternidad</p>
<p><u>Capacitación en seguridad del paciente.</u></p> <p>Talleres propuestos</p> <p>Profesionales capacitados</p>	<p>N° de talleres realizados / n° de talleres propuestos en un lapso de tiempo</p> <p>N° de profesionales capacitados en seguridad del paciente / n° de profesionales de la maternidad</p>

Indicadores del área de infraestructura

Agua corriente disponible	N° de sanitarios con agua corriente / n° total de sanitarios de la maternidad
	Agua corriente en cada las pileta de lavado de manos/ n° total de piletas de lavado de manos
Instalación eléctrica segura	Al menos 4 tomas por sector /n° total de sectores Al menos una toma por cama/ n° total de camas Al menos un interruptor por sector / n° total de sectores Al menos dos interruptores por sala/n° total de salas
Pileta de lavado de manos	Al menos una pileta por sector/n° total de sectores Al menos una pileta por sala/ n° total de salas
Sanitarios	Al menos un sanitario por sala/ n° total de salas Al menos un sanitario por sala de espera/n° total de salas de espera
Área limpia y área sucia delimitada	Por cada sector/ n° total de sectores
Cestos de residuos con bolsa y tapa	Al menos dos por sector
Biombos para protección de la intimidad de los usuarios de los servicios	Al menos uno por sala/n° total de salas
Silla de ruedas para transporte	Al menos una por sala/ n° total de

	salas
Cunas para recién nacidos	Una por cada cama de maternidad/n° total de camas
Acceso de áreas críticas directamente comunicado con el exterior	N° de accesos de áreas críticas al exterior/ n° total de áreas críticas
Residencia para madres	Sí No

Evaluación del Programa de formación de Facilitadores

La evaluación del Programa de Facilitadores tiene por objetivo evaluar el impacto de la formación del facilitador en la capacitación y perfeccionamiento continuo en las maternidades con el objetivo último de mejorar y optimizar el cuidado materno infantil. En forma secundaria se pretende recoger las percepciones y opiniones de los participantes sobre la formación recibida como también el auto reporte de la función ejercida en sus lugares de desempeño laboral. Se llevará a cabo sobre dos ejes. Uno, para conocer las percepciones y opiniones de los participantes sobre la formación recibida en la Escuela de Facilitadores. El segundo eje consiste en evaluar la capacitación en sí misma y su adecuación a los intereses de los participantes y a las necesidades de las instituciones del área de salud materno infantil. Se implementará un auto reporte del uso de las herramientas y habilidades en la función en sus lugares de trabajo.

Metodología de la evaluación:

Se utilizará una estrategia combinada cuali-cuantitativa en la cual se realizará:

- Una encuesta auto administrada a todos/as los/as participantes del programa de formación de facilitadores (ver al final del párrafo).
- Entrevistas en profundidad a participantes en ejercicio del rol en su ámbito de trabajo.

- Entrevistas en profundidad a cuatro capacitadores del programa, a fin de conocer acerca de la receptividad de los contenidos y la metodología seleccionada para cada uno de ellos, así como las dificultades y fortalezas percibidas desde su rol docente. La evaluación se centrará en dos ejes principales: la capacitación y el impacto en el ejercicio del rol.

1. Evaluación de la capacitación:

- Contenidos del programa
- Adecuación a los intereses del/a participante
- Adecuación a las necesidades de los servicios
- Materiales didácticos
- Estrategias pedagógicas empleadas
- Opinión sobre docentes
- Aspectos logísticos/administrativos (horarios, duración de la clase, comunicaciones)
- Propuestas de mejora para futuras cohortes

Encuesta de satisfacción. Escuela de Facilitadores

La presente encuesta tiene como finalidad conocer el grado de satisfacción de los participantes respecto de las actividades realizadas en el marco de la Escuela de Facilitadores durante los encuentros llevados a cabo durante el presente ciclo. Su respuesta a la totalidad de la encuesta es fundamental para evaluar la capacitación. Desde ya muchas gracias por la atención dedicada.

Indique su respuesta colocando una A, B o C según la siguiente escala:

A. Sí

B. En parte

C. No

1. Respecto de los objetivos de la capacitación

- Fueron expuestos con claridad en la primera reunión de convocatoria

- Se reforzaron en los siguientes encuentros

- Personalmente considera que son alcanzables

2. Respetto de las temáticas abordadas

- Fueron coherentes con los objetivos planteados

- Aportaron conocimiento nuevo a su acervo

- Los contenidos desarrollados fueron pertinentes en cada oportunidad

3. Respetto de los docentes

- Fueron claros y suficientemente explícitos en sus presentaciones

- Percibió buena predisposición para responder preguntas

- Lograron acercarlo al conocimiento específico del tema abordado

4. Respetto de la biblioteca virtual

- Considera que el aula virtual fue una herramienta que facilitó su acceso a los materiales

- El uso de la misma le resultó sencillo y amigable

- Implementaría ésta herramienta en actividades generadas por Ud.

5. Respetto de los materiales de lectura

- El material didáctico utilizado facilitó la comprensión de conceptos

- Los materiales de lectura aportaron a lo desarrollado en el encuentro presencial

- La cantidad y calidad de los materiales fue acorde a cada temática

6. Respetto de las actividades

- Fueron acordes a los objetivos de cada encuentro

- Facilitaron la comprensión de los contenidos teóricos

- Le aportaron conocimiento para su replicación futura

7. Respeto de día y horario

- El día de la semana en que se lleva a cabo la actividad le resulta compatible con su agenda
- La distribución horaria del encuentro es adecuada
- El tiempo de duración del encuentro es suficiente

8. Respeto del entorno

- El clima de la jornada es propicio para el aprendizaje
- Se contacta con integrantes del grupo fuera del encuentro presencial
- Las instalaciones son adecuadas para el desarrollo del encuentro

9. Observaciones y comentarios: por favor desarrolle en este ítem alguna opinión, sugerencia o comentario que considere relevante.

Guía para grupo focal con facilitadores egresados de la Escuela de Facilitadores en ejercicio del rol

Guía para grupo focal Escuela de Facilitadores	
Moderador (M): Tal cual les contamos al invitarlos a participar mi interés es conocer sus opiniones, vivencias y sentimientos respecto de la tarea que desarrollan cotidianamente como facilitadores en las maternidades inicialmente me gustaría que me cuenten ¿qué los motivó a aceptar participar del grupo?	Implicación con el rol, la tarea, jerarquización de lo que piensa, siente. Necesidad de expresar, de contar o compartir sus vivencias, sentimientos, opiniones. Curiosidad por conocer lo que piensan sienten y opinan sus pares.
M: Ahora vamos a compartir un video y luego cada uno tendrá oportunidad de expresar sus opiniones e impresiones al respecto. (Se proyectará un video sin audio, solo para visualizar las imágenes y la	

secuencia de una situación de una sala de maternidad donde interactúan varios integrantes del equipo entre sí y se ven algunas actividades que se realizan con las madres y sus hijos recién nacidos internados)	
M: Podríamos comenzar con una palabra con la que Uds. sintetizarían lo que les generó el video que acabamos de ver.	Asociación libre con las imágenes y la sensación, el sentimiento o pensamiento primordial con que lo vinculan.
M: ¿Cuál consideran que es la necesidad principal de las madres y recién nacidos que aparecen en el video?	Detección de necesidades insatisfechas o derechos no ejercidos. Si aparece expresa la necesidad de atención y cuidado o comunicación alentar a ampliar. Si se explicita que los procedimientos no son acordes a la evidencia disponible como un problema crucial.
M: ¿Cuánto se parecen estos profesionales a los de los equipos de la maternidad donde Uds. se desempeñan actualmente?	Comparación de los procedimientos y actitudes. Si aparece la necesidad de capacitación y acompañamiento ampliar sobre el concepto de cada uno respecto del mismo.
M: ¿En qué medida consideran que Uds. cubren esa/esas necesidades del equipo en el desempeño cotidiano?	Percepción y valoración del rol. Si se relacionan o no con la atención y el cuidado y si este es considerado el eje principal o cual es ese eje.
M: ¿Quiénes colaboran con Uds. en esta tarea/tareas cotidianas para cubrir las necesidades del equipo?	Si se menciona a posibles referentes detectados o referentes naturales ahondar en la implicancia de esos roles para su desempeño cotidiano y características de las relaciones.
M: Si tuvieran que relacionar su trabajo con una sensación o un sentimiento que les provoca ¿cuál sería?	Como se sienten con la tarea, que les provoca y si es vivenciado positiva o negativamente según sus sensaciones.
M: ¿Cuál es la mayor dificultad que identifican para desempeñar su rol en la maternidad donde trabajan?	Detectar uno de los puntos de discomfort, conflicto o barrera. Si no apareció antes y aparece aquí mencionado. Si se centran en autoridades, cuestiones de recurso humano, edilicias, administrativas u

	otras.
M: Si tuviera oportunidad de tener otro rol en lugar de este ¿a qué les gustaría dedicarse y por qué?	Ver satisfacción con el rol, aspiraciones personales vinculadas a este desempeño u otro. Cercanía o antagonismo entre el desempeño actual y el deseado. Motivos económicos, de responsabilidad o satisfacción personal.

2. Evaluación del impacto de la capacitación en el ejercicio del rol:

Se espera poder mostrar el grado de utilización de las herramientas adquiridas por parte de los facilitadores en el ejercicio cotidiano de su tarea, el nivel de satisfacción que el uso de dichas herramientas les genera y evaluar en consecuencia la pertinencia del programa de capacitación en cuanto al ajuste con las necesidades reales y las expectativas de los participantes. Se incluirá en esta evaluación lo relacionado con:

- Aplicabilidad en el puesto de trabajo
- Satisfacción
- Replicabilidad o efecto multiplicador en la unidad en la que trabajan
- Propuestas para adaptar el programa a las necesidades de los servicios:
 - Elaboración del diseño
 - Recolección de la información
 - Análisis e interpretación de la información

Instrumentos de recolección de datos:

Se utilizará la matriz de datos con la información recolectada por el facilitador y el diagnóstico de situación que a partir de la misma genere con la priorización de problemas y el detalle de las estrategias de mejora propuestas para implementar. El mecanismo de análisis de esta información se detalla en el siguiente capítulo (Ver Cap. V: Propuesta de análisis e interpretación de resultados).

Conjuntamente se utilizarán encuestas auto administradas y entrevistas en profundidad, para conocer acerca de la utilización de las herramientas del programa,

en los procesos cotidianos del campo de práctica profesional. Se procesará la información que constará de: entrevistas de admisión, evaluaciones de proceso, evaluaciones sumativas finales, encuestas de satisfacción y una entrevista en profundidad a un año del egreso (ver al final del párrafo).

Instrumento de evaluación de la escuela de facilitadores a mediano plazo

Ud. se ha capacitado en el marco de la escuela de facilitadores, le solicitamos responder esta evaluación, su aporte nos permitirá conocer acerca de cómo le ha resultado la implementación de las estrategias y herramientas obtenidas en ese marco. Los datos que suministre son confidenciales y la información que brinde solo será utilizada a los efectos de poder conocer el alcance del rol del facilitador. Escriba con letra de imprenta e intente responder todas las preguntas. Muchas gracias.

Datos del participante

Sexo: Femenino Masculino

Edad:

Profesión:

Cargo que desempeña:

Antigüedad en su cargo actual:

Marque con una cruz la opción numérica de la escala que considere representa su respuesta.

- 1- En términos generales cuán útil le resultó la capacitación recibida en la Escuela de Facilitadores para su ejercicio profesional (siendo 1 nada útil y 10 imprescindible)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 2- En que medida las herramientas de gestión y capacitación le resultaron aplicables (siendo 1 nada aplicables y 10 totalmente aplicables)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- ¿Podría mencionar al menos una mejora de la gestión que haya podido llevar a cabo aplicando alguna/s de las herramientas adquiridas?

.....
.....
.....
.....

4- ¿Podría mencionar al menos una capacitación que haya generado como estrategia de mejora para un aspecto deficitario?

.....
.....
.....
.....

5- ¿Podría mencionar al menos una práctica o un aspecto del cuidado para el cual haya generado una norma o protocolo basado en evidencia?

.....
.....
.....
.....

6- Si considera que tuvo dificultades que le impidieron implementar las herramientas o estrategias aprendidas, identifique los motivos o barreras y marque con una cruz la/s opciones:

Autoridades institucionales
Recurso humano asignado
Infraestructura
Disposiciones normativas, legales o regulatorias
Financieras
Personales

Otras
especifique.....
.....
...
No tuvo dificultades

7- Si considera que tuvo aptitudes o fortalezas que le facilitaron implementar las herramientas o estrategias aprendidas, identifíquelas y marque con una cruz la/s opciones:

Habilidades de gestión
Comunicación efectiva
Conocimiento específico

Habilidades procedimentales
Recursos financieros
Directiva institucional

Otras
especifique.....
.....
...
No identifica aptitudes o fortalezas

8- Si hay algún aspecto no incluido en la capacitación de la Escuela de Facilitadores que considera que sería necesario incorporar a futuro por favor méncionelo en este espacio, así como los comentarios que considere oportunos agregar.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aspectos éticos y regulatorios

El proyecto se enviará al Comité de Ética de Investigación para su evaluación, conjuntamente con la documentación regulatoria requerida por la legislación provincial y de CABA. Asimismo, se adjuntarán los modelos de consentimiento informado a implementar previo a todas las intervenciones que lo requieran.

Capítulo V

Propuesta de análisis e interpretación de resultados

Considerando que esta tesis es una propuesta de una investigación sobre un trabajo de campo aún no concretado, se carece de datos para analizar y a los efectos se plantea una forma de análisis e interpretación, basada en la intersección entre la matriz de datos y la formación de facilitadores.

¿Cómo se relacionan el Programa de capacitación de facilitadores y la matriz de datos?

El Programa de capacitación de facilitadores contempla en su estructura y su metodología un conjunto de contenidos no específicos de las profesiones de salud con el objetivo de que los profesionales participantes adquieran conocimientos y habilidades para el desarrollo del rol de facilitadores en salud materno infantil en el ámbito de las maternidades. Esta tesis propone valorar en primer lugar, si la formación propuesta en el programa se condice con un ejercicio del rol que refleje en esencia la concreción de sus objetivos y en segundo lugar, si el facilitador puede establecer un diagnóstico sobre las necesidades reales de las maternidades y generar estrategias para actuar en consecuencia. En virtud de ello se han presentado diferentes instrumentos para poder evaluar la formación del facilitador (ver Cap. IV)

El programa de formación de facilitadores respecto de gestión de las maternidades propone contenidos cuyo objetivo es proporcionarle herramientas que le permitan hacer un diagnóstico sobre la gestión, determinar cuestiones mínimas de la misma que impactan en la atención y el cuidado. En virtud de lo expresado, para la matriz de datos, se toma la decisión de descomponer la unidad de análisis “Gestión de las maternidades” en tres variables: 1- instrumentos que regulan la organización institucional, 2- instrumentos existentes implementados para regular la organización institucional y 3- comunicación institucional. Se eligieron estas tres variables considerando que, en primer lugar, son transversales a todos los procesos de la gestión y en segundo lugar, son las que rápidamente puede diagnosticar el facilitador y sobre las que puede planificar acciones incidiendo sustancialmente en la realidad

institucional. En cuanto a la variable 1, la existencia de instrumentos que regulan la organización institucional implica documentos escritos dentro de los cuales se seleccionaron dos relevantes para la gestión institucional: normas generales y procedimientos operativos estándar (POE). El diagnóstico de esta situación orientará las acciones del facilitador al siguiente paso: si no existen normas o POE se enfocará en generarlas y si existen en verificar si están actualizadas; si están actualizadas se orientará a trabajar sobre la implementación y si no lo están el primer paso será actualizarlas en función de la mejor evidencia disponible.

En cuanto a la variable 2, instrumentos existentes implementados para regular la organización institucional, el facilitador realizará el diagnóstico del grado de aplicación de las normas gubernamentales, que en el caso de las maternidades son las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), las normas institucionales generales y los POE, determinando arbitrariamente el grado de cumplimiento por observación de la realidad determinando el valor alto, mediano, bajo o nulo de acuerdo al porcentaje estimado de cumplimiento. Las CONE son siete requisitos a cumplir:

- Condiciones quirúrgicas y procedimientos obstétricos
- Disponibilidad anestésica
- Transfusión de sangre segura
- Tratamientos médicos maternos
- Asistencia neonatal inmediata
- Evaluación del riesgo neonatal y materno
- Transporte oportuno al nivel de referencia

El facilitador considerará alta aplicación si se cumplen los siete puntos, mediana aplicación si se cumplen entre cinco y seis, baja aplicación si se cumplen menos de cinco y nula si no se cumple ninguno. Excepto en el caso de alta aplicación, en todos los otros el facilitador motorizará las gestiones necesarias para encaminarse progresivamente al cumplimiento de las CONE, priorizando este aspecto en función de ser esencial para el funcionamiento de una maternidad como tal. En segundo lugar

y de igual modo trabajará sobre las normas institucionales y los POE de acuerdo al valor resultante de su diagnóstico, para este aspecto y considerando que una norma institucional debería cumplirse en el 100% de las oportunidades, la observación de al menos una instancia puntual en diferentes días y turnos de trabajo permite determinar la necesidad de trabajar en las dificultades puntuales de la implementación. Por ejemplo, la norma de identificación del binomio, si se observa incumplimiento así sea en una sola oportunidad tiene graves implicancias, de manera que con esa sola observación amerita que el facilitador trabaje en el fortalecimiento de la implementación. De igual modo es el procedimiento para trabajar con los POE, en ambos casos la sensibilización y el trabajo con los grupos, que es un contenido transversal de la formación de facilitadores, resulta imprescindible.

La comunicación institucional vehiculiza de toda la información desde lo macro a lo micro, intra y extra institucional. En lo intra institucional, abarca desde las normas establecidas por la autoridad competente, el vínculo con el recurso humano, las normas de funcionamiento interno, los mecanismos de solicitud y provisión de recursos hasta los POE de cada servicio, de manera que la forma y el grado de su implementación es crucial porque afecta a todos y cada uno de los procesos que se desarrollan en la institución, a cada uno de sus integrantes y en consecuencia se ve reflejada en la atención y el cuidado brindado. En lo extra institucional involucra fundamentalmente las relaciones con las autoridades gubernamentales de salud y con la comunidad. Para conocer acerca de esta variable de la gestión el facilitador puede dimensionarla en formal, informal o inexistente. En la dimensión formal o informal determinará el grado de implementación de acuerdo a lo concreto de cómo se implementa, en forma escrita, oral o ninguna de ellas. Esta última dimensión de la gestión, es la más difícil de trabajar porque está fuertemente ligada a la cultura institucional, el facilitador pondrá en ejercicio su conocimiento y habilidades para ir generando progresivamente canales de comunicación que contribuyan a socializar horizontalmente la información, formalizando en primer lugar por escrito los ejes normativos transversales y en segundo lugar trabajando con los líderes naturales detectados en los servicios los mismos ejes en forma oral.

Respecto de la unidad de análisis “recurso humano de salud” se decidió tomar dos variables relevantes: 1- aptitud del recurso humano para el rol y 2- cantidad de

recurso humano. Para la variable 1, el facilitador podrá dimensionar la aptitud como óptima, suficiente o insuficiente de acuerdo a la certificación con su título y capacitación que acredite el personal de salud. De igual modo se ha decidido seleccionar para habilidades procedimentales registros completos por varias cuestiones de importancia: los registros son fundamentales para la atención y el cuidado de los pacientes porque reflejan su evolución, son un instrumento con valor legal, son indispensables para justificar la gestión de recursos y es un aspecto que el facilitador puede abordar en todas las instancias de capacitación, dado que el último paso de todas las acciones de atención y cuidado es el registro.

Para la variable 2 existen estándares a nivel internacional que de acuerdo a la evidencia establecen la cantidad de recurso humano de salud necesario, calculado de acuerdo a la cantidad y complejidad de los usuarios. A nivel nacional al respecto hay recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación acerca del recurso humano suficiente. En caso de no cumplir alguno o ninguno de los dos estándares, el facilitador puede comenzar con un relevamiento de usuarios, clasificándolos por complejidad, calculando el giro cama y el número de recurso humano disponible efectivamente para, desde ese punto de partida, planificar estrategias de captación de recurso humano, redistribución y optimización del mismo.

De la unidad de análisis "Infraestructura" se decidió tomar las variables: 1- edilicia 2- equipamiento indispensable disponible y 3- insumos esenciales disponibles, esta decisión va en línea con dos cuestiones íntimamente relacionadas, la primera es que estas variables representan aspectos esenciales de la infraestructura y la segunda que la valoración de las cualidades de la infraestructura que la hacen apta para la atención y el cuidado es una habilidad indispensable del facilitador. Respecto de la variable 1, lo edilicio se considerará óptimo, adecuado o inadecuado en sus cuatro dimensiones: seguridad considerando las recomendaciones de infraestructura hospitalaria, algunas de las cuales están contempladas por las normas de habilitación vigentes. Funcionalidad considerando que la estructura sea apropiada a la función para la cual se usa, acorde a las necesidades inherentes a la atención y el cuidado de los usuarios, que son una población materno infantil con enfoque de seguridad de paciente. Disponibilidad medida en términos de número de camas en función de la población

que asiste y servicios básicos considerado a punto de la provisión continua de los mismos.

Al respecto de la variable equipamiento indispensable disponible, se decide tomar cuatro dimensiones considerando lo indispensable: equipamiento de monitoreo, de diagnóstico, de asistencia, camas y cunas valorando para todos ellos si están accesibles, funcionantes, en qué fecha se realizó el control de mantenimiento y el stock mínimo imprescindible de cada uno de ellos.

Para la variable insumos indispensables disponibles se plantean cuatro dimensiones: insumos descartables, medicamentos, artículos de limpieza y papelería valorados en términos de accesibilidad, vigencia, en envase indemne y en stock mínimo suficiente.

Las unidades de análisis incluidas en la matriz de datos fueron elegidas en congruencia con lo propuesto en el programa de formación de facilitadores a modo de síntesis de los aspectos cruciales para los cuales el facilitador debe mostrar habilidades en su diagnóstico y valoración: gestión, recursos humanos e infraestructura. A partir de la información que el facilitador obtenga y plasme en la matriz de datos deberá proponer una priorización de problemas, estrategias de abordaje para los mismos y plantear el seguimiento en el tiempo, de manera que a los fines de evaluar la formación del facilitador esa matriz de datos constituirá la línea de base.

Cuadro sinóptico de relaciones entre el Programa de formación de facilitadores y la matriz de datos a los efectos de la evaluación

Núcleos temáticos del Programa	Matriz de datos	Habilidades evaluadas
<ul style="list-style-type: none"> - Punto de partida de una intervención. - Evaluación: datos e indicadores. - La comunicación como herramienta 	<p>Gestión de la maternidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Instrumentos existentes que regulan la organización institucional. -Instrumentos existentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de datos - Relevamiento e interpretación de información - Diagnóstico de

<p>esencial para el rol del facilitador.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo 	<p>implementados para regular la organización institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comunicación institucional. 	<p>situación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de instrumentos de diagnóstico y evaluación - Comunicación verbal y no verbal - Liderazgo - Elaboración de informes
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación - Liderazgo - Interpretación de resultados - La comunicación como herramienta esencial para el rol del facilitador. 	<p>Recurso humano de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aptitud del recurso humano para el rol - Cantidad de recurso humano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación asertiva - Recolección de información - Toma de decisiones - Ejercicio del liderazgo en el trabajo profesional cotidiano. - Elaboración de informes
<ul style="list-style-type: none"> - Punto de partida de una intervención - Evaluación: datos e indicadores. - 	<p>Infraestructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edilicia - Equipamiento - Insumos 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de datos - Relevamiento e interpretación de información

		<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de situación. - Uso de instrumentos de diagnóstico y evaluación. - Elaboración de informes
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En la priorización de problemas y las estrategias planteadas por el facilitador podrán evaluarse los conocimientos y habilidades que corresponde a los otros núcleos temáticos que incluye el programa que no son abarcados por la matriz de datos. Por ejemplo, la detección de necesidades de capacitación y el diseño, implementación y evaluación de capacitaciones haciendo anclaje en los núcleos temáticos de: aprendizaje del adulto, diseño básico de capacitaciones, recursos didácticos, estrategias de capacitación, dinámica de los grupos de aprendizaje, evaluación y elaboración de informes de capacitación, pudiendo evaluarse las habilidades que son inherentes a capacitar en ámbitos asistenciales de salud materno infantil. Adicionalmente, está contemplada la medición de la adherencia a la capacitación por dos motivos principales: el primero porque es un indicador de los aspectos actitudinales del personal de los servicios y el segundo porque pone de manifiesto cuestiones vinculadas al ejercicio de la gestión.

De lo anteriormente expresado surge que, la puesta en marcha de estas mejoras implica necesariamente conocimientos y habilidades no disciplinares, para los que habitualmente los profesionales de salud no tienen formación y es justamente éste, el aspecto innovador más promisorio de la formación de facilitadores.

Resultados esperados:

- a) Del programa de capacitación de facilitadores:

Para evaluar este tipo de capacitación es útil aplicar todas las instancias de evaluación: diagnóstica para valorar conocimientos previos, de proceso para poder valorar el tránsito de la intervención educativa y poder adaptarla a los emergentes propios de la modalidad e integradora final. Para esta intervención, los resultados específicos de conocimientos y habilidades serán evaluados tomando como base lo que propone la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, con algunas modificaciones puntuales consideradas pertinentes al perfil del facilitador, en función de lo que se espera alcanzar con cada participante del programa:

- Capacidades para identificar problemas: diagnóstico y análisis reflexivo del conjunto de problemas mediante búsqueda activa de información relevante del servicio para reconocer problemas.
- Capacidades para priorizar problemas: análisis que reconoce la interdependencia de los problemas y valora los más relevantes para su tratamiento, identificando casos de mayor urgencia o necesidades de mejora.
- Capacidades para integrar y recuperar aprendizajes y conocimientos alcanzados por otras estrategias en las que han participado (cursos, seminarios, clases, etc.)
- Capacidades para integrar y analizar la evidencia.
- Disposiciones y capacidades para redefinir los problemas iniciales, integrando informaciones y contenidos.
- Disposiciones y capacidades para el trabajo en equipo e interdisciplinario.
- Elaboración conjunta de propuestas de mejora de las prácticas.
- Transferencia o puesta en práctica de las propuestas de mejora o de acción, con evaluación de su desarrollo.
- Disposiciones y capacidades para la educación permanente.
- Iniciativa y autonomía para el aprendizaje continuo.

Los instrumentos de evaluación propuestos en dicho documento se enriquecerán involucrando al participante en su proceso de autoevaluación, cualquiera sea el instrumento de registro utilizado.

a) De la intervención

Los datos de la intervención puntual en cada maternidad realizada por cada facilitador se analizarán. Se procesarán los resultados preliminares. El análisis de la totalidad de los datos obtenidos de la intervención compleja en el conjunto de las maternidades será propuesto a un equipo ad hoc de tal forma que se pueda disminuir el sesgo de análisis y poder determinar fehacientemente la validez externa de la intervención. Por tratarse de una intervención compleja el análisis multidimensional va a requerir de una combinación de métodos para las variables simples y las más complejas como los métodos de inferencia, el análisis multivariado. Tal cual se propuso en el marco de la evaluación de intervenciones complejas, para los aspectos que involucran al personal desde el punto de vista de sus vivencias ya sea en el marco de la gestión institucional, de la capacitación o de su relación con los usuarios y sus colegas, se implementará para la evaluación un modelo de sistematización de experiencias, antes mencionado. Este modelo propio de las ciencias sociales, plantea una posibilidad concreta de mostrar fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas con una metodología sencilla pero contundente respecto de la presentación de resultados.

El proceso de sistematización propiamente dicho concierne esencialmente a la recuperación histórica, el ordenamiento de la información, la interpretación crítica y la elaboración de las conclusiones. La fase de interpretación crítica constituye indudablemente la esencia de la cuestión y requiere el asesoramiento metodológico de un especialista en ciencias sociales para el análisis profundo de estos aspectos cualitativos.

Una limitación de este proyecto es no poder medir directamente el impacto en salud materno infantil en términos de descenso de la mortalidad. Dada la complejidad del proceso de medición y teniendo en cuenta los múltiples factores que influyen directa e indirectamente sobre esa variable, no es factible interpretar que, cambios en los

resultados sean adjudicables a la intervención. Sin embargo, basado en el análisis planteado anteriormente respecto a la utilidad de las intervenciones complejas, se mantiene la decisión de proponer y sostener su implementación dado que sus resultados pueden reflejar limitaciones reales en la efectividad de las maternidades para brindar la atención y el cuidado calificado, oportuno y seguro. Si las intervenciones son capaces de mejorar la calidad de los procesos, posiblemente tengan impacto a largo plazo en las tasas de mortalidad, que no serán detectados en la evaluación.

Consideraciones finales

A lo largo del desarrollo de esta tesis he recorrido un camino que ha intentado mostrar un panorama de la situación de salud materno infantil en la Argentina, utilizando como un anclaje concreto las maternidades públicas argentinas desde su concepción hasta nuestros días, relacionando su lógica organizacional con la atención y el cuidado ofrecido. En dicho marco se ha puesto de manifiesto el conocimiento y experiencia que hay disponible acerca de la actuación del facilitador como un artífice en la puesta en marcha y acompañamiento de los procesos de mejora a través de la motivación, capacitación y mentoría del recurso profesional implicado.

La inclusión de un facilitador en servicios de salud materno infantil, que promueva una gestión ágil y efectiva en sus comunicaciones, motive al recurso humano a involucrarse en los procesos de mejora a través de la capacitación e implementación de buenas prácticas y deje capacidad instalada en referentes institucionales de la atención y el cuidado, es una intervención que merece ser investigada. A punto de partida de esa investigación surgirá la evaluación de la acción del facilitador y de todos los procesos que se generen en consecuencia, ofreciendo resultados en términos cuali cuantitativos respecto de la inclusión progresiva de agentes facilitadores en maternidades públicas y su repercusión en la atención y el cuidado de salud.

En salud materno infantil no pueden considerarse acciones aisladas en compartimientos estancos por la dinámica que implican todos los procesos sumada a un componente crucial que es la idiosincracia institucional, por lo tanto, se plantea una intervención compleja como alternativa a esa multiplicidad de factores interactuantes. La incorporación del facilitador en el marco de una maternidad es en sí misma una intervención compleja por los ejes vertebrales en los que se involucra, el abordaje que implica y el amplio espectro de sus acciones que hacen foco en la población usuaria de un servicio de salud materno infantil y trasciende a la comunidad de influencia de ese servicio.

Parte de la problemática histórica de las maternidades que ha repercutido crucialmente en la implementación de la atención y el cuidado de su población, es la gestión vertical, centralizada y autoritaria con el fin de controlar los recursos y los procesos de salud en el marco institucional. Esa modalidad de gestionar ha generado normatizaciones estáticas carentes de fundamento sólido, equipos profesionales insatisfechos, escasamente autónomo e innovador que implementa acciones por repetición sin juicio crítico, infraestructuras obsoletas, mal uso de recursos y un usuario privado de su pleno ejercicio de derecho a la salud.

La Escuela de Facilitadores, como estrategia de capacitación integral para profesionales que trabajan en maternidades, es una propuesta innovadora para generar recursos humanos aptos para desarrollar el rol de facilitadores. La formación incluye contenidos que van más allá de los disciplinares específicos, introduciendo habilidades para la gestión institucional, de servicio y de capital humano, comunicación efectiva, trabajo en equipo, educación del adulto y relaciones con la comunidad. En cumplimiento de los objetivos del presente trabajo, la Escuela de Facilitadores será evaluada en el marco de la investigación planteada, de manera que los resultados de su evaluación constituyan una herramienta de retroalimentación para su propia mejora. Si la capacitación y la posterior intervención de los facilitadores en las maternidades, se orientara a mejorar la calidad asistencial, se justificaría replicar esta modalidad de formación para profesionales de salud, a los efectos de que todas las instituciones de salud materno infantil puedan contar con agentes facilitadores en sus planteles.

Es parte del propósito de esta tesis contribuir a las disciplinas de salud con el conocimiento que surja de esta investigación, para reemplazar paradigmas existentes respecto de trabajar verticalmente sobre un solo aspecto de las problemáticas de los servicios de salud materno infantil como puede ser la capacitación o la infraestructura versus un abordaje horizontal integrador, que suma a lo estrictamente disciplinar la formación sobre otros aspectos no disciplinares que pueden impactar a nivel de la gestión institucional, el recurso humano y la infraestructura a través de un agente facilitador.

En este apartado se detallan las consideraciones finales respecto de la puesta en marcha de una intervención compleja en grandes maternidades del país, dado que las

conclusiones propiamente dichas de su implementación sólo podrán obtenerse recién luego del trabajo de campo.

Por lo antes mencionado se espera poder contrastar la hipótesis de que, como consecuencia de la transformación motivada por la intervención de un recurso humano capacitado como son los agentes facilitadores, se contribuya a un mejor funcionamiento de las maternidades, de los grupos de trabajo del área perinatal, que se mejore el vínculo con las autoridades institucionales, otros servicios de la maternidad y las autoridades gubernamentales, traduciéndose en acciones específicas que redunden, en una optimización concreta de la atención y el cuidado de la salud de madres y niños, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad perinatal.

Una fortaleza de esta propuesta, es la inclusión de todas las grandes maternidades, partiendo del supuesto que en el marco de la complejidad de la intervención se incluyen acciones y estrategias de probada eficacia, lo que implica un beneficio en sí mismo, del cual no debería privarse a la población de ninguna maternidad a fin de no incurrir en un conflicto ético. Para ello se propuso el modelo de implementación, *stepped wedge*. Esta incorporación aleatorizada de las grandes maternidades, progresiva en el tiempo, permitirá ir realizando ajustes de la implementación propias de un diseño flexible que favorece al logro de los objetivos de la mejora, sin detrimento del rigor científico, que contribuye a la validez interna. Por el contrario, estos ajustes representan una disminución del margen de error en los procedimientos y las prácticas que son la esencia de la intervención.

A fin de aproximarse a la posible efectividad se propone la medición de la mejora, operacionalizando cada una de las áreas de intervención: gestión, capacitación e infraestructura, como las variables complejas que efectivamente son, a través de indicadores específicos para cada aspecto de la variable de acuerdo a como es plausible de ser medido. De igual modo, la propuesta de análisis y presentación de los datos, está enfocada a que reflejen con la mayor fidelidad posible, los resultados de las acciones que conforman la intervención compleja.

La intervención compleja que implicaría la interacción de los facilitadores en los servicios de salud materno infantil, tiene una limitación mayor que es la medición de

impacto mayor. Sin embargo, en línea con las tendencias actuales en la implementación de intervenciones complejas, a pesar de estas limitaciones, no debe desestimarse darles curso, poniendo el énfasis en el conjunto de acciones basada en sólida evidencia y haciendo denodados esfuerzos para establecer una evaluación continua, mediada por instrumentos que permitan valorar el impacto con la mayor fidelidad.

Una vez documentados resultados preliminares, se plantea publicar la experiencia piloto y trabajar en la puesta a punto de la intervención, realizando los ajustes instrumentales necesarios para su plena implementación.

Está previsto el contacto con las autoridades de salud a nivel ministerial, dado que se considera crucial interesar al Estado respecto de esta alternativa de que un facilitador pueda mediar los procesos en las maternidades, dado que permitiría detectar necesidades específicas de cada maternidad, optimizaría costos y tiene un criterio de equidad porque apunta a ofrecerle a cada maternidad lo que su población necesita.

Finalmente, de acuerdo a lo antes mencionado podemos sostener que, de corroborarse la hipótesis planteada al inicio de este trabajo, de que un recurso humano capacitado como es el facilitador puede motorizar, acompañar y consolidar procesos de mejora en servicios de salud materno infantil es un antecedente para proponer la inclusión de este recurso en el ámbito de las maternidades públicas de nuestro país.

Cabe mencionar que, si bien constituye un desafío tanto por la complejidad del diseño de su implementación, como por la evaluación del logro de las metas vinculadas con la mejora de la atención y el cuidado, si los resultados muestran que el facilitador constituye una tecnología apropiada, la expectativa es poder contribuir para sentar la base de una política pública para dar inicio a un plan de mejora integral de las maternidades en el país. También permitirá indirectamente conocer el estado de situación general de las maternidades con una mayor profundidad, sentar las bases para un cambio que podría afectar beneficiosamente a otros servicios de salud y empoderar a la comunidad sobre su ejercicio de derechos.

Bibliografía

- Acuña M. Diagnóstico de la Primera Infancia en la Argentina. Documento de trabajo N° 142. Serie Primera Infancia. CIPPEC. Buenos Aires. 2015.
- Aulicino, C, Gerenni, F. y Acuña, M. Primera infancia en Argentina: políticas a nivel nacional. Documento de Trabajo N°143. CIPPEC. Buenos Aires.2015.
- Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. Psicología Educativa. Trad. cast. De M. Sandoval. Mexico.Trillas.1983.
- Brown C. Lilford RJ. The stepped wedge trial design: a systematic review. BMC Medical Research. 6: 54-63.2006.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J *et ál.* Designing and evaluating complex interventions to improve health care. British Medical Journal. 334: 455-9. 2007.
- CIPPECC. Gestión de políticas para la Primera Infancia en provincias y municipios. Módulo I: Primera Infancia. Curso virtual.2016.
- CLAP-OPS-OMS (Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva Regionalización Perinatal) En: Regionalización de la atención perinatal. Ministerio de Salud de la Nación-OPS/OMS.2011.
- Cohen E, Franco R. Evaluación de Proyectos Sociales. ILPES-ONU. CIDES-OEA. Grupo Editor Latinoamericano.1988. Disponible en:
- <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9051/S3092C678S.pdf?sequence=1> Consultado: Consultado: 1/8/18.
- Coll C, Pozo JI, Sarabia B *et ál.* Los contenidos en la Reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Ed. Santillana. Buenos Aires. 1994.
- Consejo Nacional de Educación-Fundación SM. Hacia una propuesta de criterios de un buen desempeño docente. Estudios que aportan a la reflexión, al diálogo y a la construcción concertada de una política educativa. Ed. CECOSAMI. Lima, Perú.2011.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S *et ál.* Developing and evaluatig complex interventions. Medical Research Council. 2006. Disponible en: www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance Consultado: 10/7/18

- Crooks D, Lunyk-Child O, Patterson C, et al. Facilitating self-directed learning. En: Rideout E. Transforming nursing education through problem-based learning. Hamilton: Jones and Bartlett; 2001.
- Cruz Quevedo JE, Onofre-Rodríguez DJ, Gutiérrez Valverde JM *et ál.* Fidelidad de una intervención educativa: el papel de los facilitadores. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín. Vol. XXVI. N ° 1. 2008.
- Chambers R, Karlan D, Ravallion M *et al.* Designing impact evaluations: different perspectives. The Internacional Initiative for Impact Evaluation. Working paper 4. New Dheli.2009.
- Chien LY, Whyte R, Azir K *et ál.* Improved outcome of preterm infant when delivered in terciary centers. Obstet Gynecol. 98(2):247-252.2001.
- Chomba E, McClure EM, Wright L *et ál.* Effect of WHO Newborn care Training on Neonatal Mortality by Education. Ambul Pediatr.8 (5): 300–304.2008.
- DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales de información básica. S 5(59). Argentina. Año 2016. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wpcontent/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf> Consultado: 1/02/18.
- DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales de información básica. S 5(59). Argentina. Año 2015. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wpcontent/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf> Consultado:1/02/18
- Delors J. *La educación encierra un tesoro.* Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Pág.95-108. Grupo Santillana. Barcelona. Año1996.
- DINAMI (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia), Ministerio de Salud de la Nación. Situación de la lactancia materna en la Argentina. Año 2015. Informe elaborado por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. 2015.
- DINAMI Ministerio de Salud de la Nación. Análisis de la Mortalidad Materno Infantil, República Argentina 2003-2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt->

[analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf](#) Consultado: 1/02/18.

- Dumas J, Lynch A, Laughlin J *et ál.* Promoting intervention fidelity: conceptual issues, methods and preliminary results from the EARLY ALLIANCE prevention trial. *Am. Prev. Med.*20 (1): 38-47. Año 2001.
- Espallargues M, Pons JM, Almazán C *et ál.* La evaluación de tecnologías sanitarias en intervenciones de salud pública: ¿más vale prevenir que curar? *Gac. Sanit. (Supl 1)*: 40-48. 2011.
- Fariña D, Rodríguez S, Erpen N y Miembros del Subprograma de Referencia y Contrarreferencia. La capacitación en terreno como estrategia para la mejora de la calidad de la atención de la salud. *Arch. Argent. Pediatr.* 110(1):9-18 / 9.2012.
- Faúndez A, Weinstein M, Lecaros C *et ál.* Evaluación de la Iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) 2010-2014. Informe Final Oficina Unicef Argentina. Consultora Latinoamericana Inclusión y Equidad. Santiago de Chile.2016.
- FCE, UNLP y Ministerio de Salud de la Nación. Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina: la experiencia conjunta Plan Nacer y Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación y Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; La Plata: Universidad Nacional de La Plata. 2014. Disponible en:
www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/lecciones-aprendidas-desafios-futuros.pdf Consultado: 5/5/18.
- Gertrudix Barrio F. Los portales educativos como fuente de recursos y materiales. Icono 14. *Revista de Comunicación y Nuevas Tecnologías.* N°7. Madrid.2006.
- Hargreaves JR, Copas AJ, Beard E *et ál.* Five questions to consider before conducting a stepped wege trial. *Trials.*16: 350.BMC. 2015.
- Haynes B. Can it work? Does it work? Is it worth it? The testing of healthcare intervensions is evolving. *British Medical Journal.* 319:652-3.1999.

- Horton S, Sanghvi T, Phillips M *et ál.* Health Policy and Planning 11(2), 156-168.1996. Disponible en:
<https://academic.oup.com/heapol/articleabstract/11/2/156/656796>
Consultado: 25/10/18.
- IIPE/Unesco y OEI, SITEAL, Fundación Arcor. La situación de la infancia en la Argentina. A dos décadas de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Córdoba.2012. Disponible en:
www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/informe_situacion_infancia_completo.pdf Consultado el 20/4/18.
- Knowles MP. Self-directed learning. A guide for learners and teachers. Englewoods Cliffs: Prentice Hall, Cambridge. 1975.
- Lane SD, Cibula DA, Milano LP *et ál.* Racial and ethnic disparities in infant mortality. J Public Health Manag.Pract. 7(3):30-46.2001.
- Larguía M, Lomuto C y González MA. Guía para transformar las maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su familia. 2006.
- Larguía M, Prudent L, Lomuto C *et ál.* Guía de funcionamiento y evaluación de servicios de Neonatología y Obstetricia. 1990. Disponible en:
<http://www.funlanguia.org.ar/Herramientas/Guia-de-Evaluacion-de-Maternidades> Consultado: 15/6/18.
- Ley 25929 sobre Parto Humanizado y su reglamentación. Disponible en:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/web2/utills/pdfView?file=%2Fpdf%2Fnorma%2F133673%2F20151001%2FPrimera%2FBKGOsqsmwINvslashBarcCCsV4jui1bLS1JV1bLVGqxsYDZzkslashBar6ftelH17wg%3D%2F0>
Consultada el 10/7/18.
- Lomuto C. ¿Dónde y cómo nacen los niños en Argentina? En: Congreso del Centenario. Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires.13 de septiembre de 2011.
- Lomuto C. Mortalidad Infantil y Neonatal. Rev. Enfermería Neonatal. FUNDASAMIN-Ministerio de Salud de la Nación. Año 003. Núm.003.2009.
- Lomuto C. Comparación de la mortalidad infantil según peso al nacer en la Argentina entre 1989 y 1993. ¿Hay un descenso coherente? Rev. Hosp.Mat. Inf.R.Sardá. 17(1):35-41.1996.

- Lutter, K. C, Lutter, R. Fetal and Early Childhood Undernutrition, Mortality and Lifelong Health. Science Magazine, vol. 337. 2012.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, UNICEF. *Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia (ECOVNA) 2012*. Buenos Aires. 2013. Disponible en:
www.Unicef.org/argentina/spanish/MICS_CierreJulio2013_BAJAWEB.pdf
Consultado: 10/7/18.
- Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 641/2012. Año 2012.
Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000199999/197943/norma.htm> Consultado el 9/02/18
- Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Plan Nacional de reducción de la mortalidad materna e infantil. Plan Operativo. 2010.
- Ministerio de Salud de la Nación, Subsecretaría de Salud Comunitaria de la Nación y UNICEF. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2009.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas vitales 1990-2006. Serie 5. Buenos Aires. 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas de Salud. Taller Grupo de Expertos para la revisión de la clasificación usada en la Argentina sobre Mortalidad Infantil según criterios de evitabilidad. Serie 3. N°30. Buenos Aires 1996.
- Moher M, Yudkin P, Wright L *et ál*. Cluster randomized controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. British Medical Journal. 322: (7298): 1338. Jun 2001.
- Navarro Illesca M y Cabezas M. Aprendizaje basado en problemas multiprofesional: estudio cualitativo desde la perspectiva de los tutores. Rev. Med.Chile.137: 246-254.2009.
- Nebot M, Victora C. Valorando la efectividad de las intervenciones en salud: la fuerza de los “diseños evaluativos débiles”. Gac. Sanit. (Supl 1): 1- 2. 2011.

- Nebot M, López MJ, Ariza C *et ál.* Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. Gac. Sanit. (Supl 1): 3-8. 2011.
- NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. Behaviour Change at Population, Community and Individual Levels. Public Health Guidance. London. 2007.
- OMS. La salud de los pueblos indígenas. Nota descriptiva N°326. Octubre de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/> Consultado 21/5/18.
- OMS. Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales. 1986.
- OMS. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 2: 436-437. 1985.
- ONU 2014. Argentina. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2014. Disponible en: http://www.onu.org.ar/wpcontent/uploads/Folleto_ODM_Septiembre2014V2.pdf Consultado: 1/03/18.
- ONU 2000. Declaración de los ODM Asamblea General de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio. Resolución aprobada en Octubre de 2010. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/> Consultada en: 5/1/2018.
- Orfaly RA, Frances JC. *et ál.* Train the trainer as an Educational Model in Public Health Preparedness. J. Public Health Management Practice. Vol.11. N° 6. 2005.
- Palés J, Arcadi G. Recursos educativos en Ciencias de la Salud. Rev. Educación Médica, Barcelona. Vol 7. Suplemento 2. Año 2004.
- Piaget J. Psicología y Pedagogía. Ed. Ariel. Barcelona. 1979.
- Ramos S. Uso de resultados en la investigación. En: Integración de la Investigación a la práctica. Presentación en Curso de Capacitadores. FUNDASAMIN-Fundación para la Salud Materno Infantil. Buenos Aires, 8 de noviembre de 2013.
- Ramos S, Romero M, Ortiz Z *et ál.* Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. Arch. Argent. Pediatr. 2015; 113(6):510-518.

- Richardson DK, Gray JE, Gortmaker SL *et ál.* Declining severity adjusted mortality: evidence of improving neonatal intensive care. *Pediatrics* 102(1):893-899.1998.
- Romero M, Abalos E y Ramos S. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el objetivo del milenio 5. En: Hoja informativa del OSSyR (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva). CEDES (Centro de estudios de Sociedad y Estado)- CREP (Centro Rosarino de Estudios Perinatales). N°8. Marzo de 2013.
- Sackett DL. Evidence-based Medicine. *Semin Perinatol*, 21 (1), 3-5. Febrero de 1997.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosemberg W, Haynes *et ál.* Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach. EBM. Londres: Churchill Livingstone.1997.
- Sackett DL *et ál.* Evidence based medicine What it is and what it isn't. *BMJ*. Jan 13; 312 (7023): 71-2.1996.
- Salaverria R. Convergencia de los medios. *Revista Latinoamericana de Comunicación CHASQUI*. Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina. N° 081. Quito. Ecuador.2003.
- Salinas J. Innovación docente y uso de las TIC en la enseñanza universitaria. *Revista Universidad y Sociedad del Conocimiento*. Vol 1. N°1. Noviembre de 2004. Disponible en: www.uoc.edu/rusc. Consultada en: 3/3/2019.
- Samaja J. Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Eudeba.3ª ed. Buenos Aires.2008.
- SAP (Sociedad Argentina de Pediatría), UNICEF. Propuestas para la reducción de la Mortalidad Perinatal. Buenos Aires 1998.
- Schwarcz A. Regionalización de la Atención Perinatal. OPS- Ministerio de Salud de la Nación.2011.
- Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. 2da. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Resumen ejecutivo.2019.
- Sigalés C. Formación universitaria y TIC: nuevos usos y nuevos roles. *Revista Universidad y Sociedad del Conocimiento*. Vol.1. n°1.2004.

- Speranza A, Lomuto C, Santa María C *et ál.* Evaluación de Maternidades Públicas Argentinas 2010-2011. Rev. Argent. De Salud Pública. Vol. 2. N° 9. Diciembre 2011.
- Spinelli H, Alazraqui M, Calvello L *et ál.* Mortalidad Infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la Prov. de Buenos Aires en 1998.Publicación N°51.OPS-OMS.2000.
- Tobar F. Evaluación de desempeño. En: Modelos de gestión.Cap.4: Estrategia. Buenos Aires.2002. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>
Consultado: 2/04/18.
- Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S et al. Methods for evaluating area-wide and organization-based interventions in health and health care: a systematic review. Health Technology Assesment. 3(5).1999.
- Unicef, OMS, BM y UN, 2015. Unicef, OMS, BM y UN. Levels & trends in child mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund. 2015.
- Valenzuela MT. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Ciencia y Trabajo. Año 7. N° 17. 2005.
- Van de Velde H. Sistematización de experiencias. Texto de referencia y consulta. Colección Cuadernos de Desarrollo Comunitario. Cuaderno n° 2. Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica (CICAP).1a. ed. Estelí: CICAP/Volens. Centroamérica. 2008.
- Veronelli JC, Veronelli M.Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Correch.1ª ed. Buenos Aires. OPS/OMS.2004.
- Vigotsky LS. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Trad. cast. S. Furió. Barcelona. Crítica. 1979.
- Viswanathan M, Ammerman A, Eng E *et ál.* Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence. Evidence Report Technology Assessment. No. 99.2004.
- WHO (World Health Organization). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health 2011. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf;jsessionid=DE3E5F901975A306D570A232CD4EBA85?sequence=1

Consultado: 1/8/18.

- WHO. Safety Patient. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de Salud. 2009. Disponible en:
http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf Consultado: 1/2/18.
- WHO. World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. Disponible en:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/2/08-057828/en/> Consultado: 1/8/18.
- Yarber L, Brownson C, Jacob RR *et ál.* Evaluating a train-the-trainer approach for improving capacity for evidence-based decision making in public health. BMC Health Services Research 15:547. 2015

Anexos

-Norma de organización y funcionamiento de los servicios de neonatología y cuidados intensivos neonatales. Resolución 306/2002. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/resoluci%C3%B3n-306-2002-74680/texto>

-Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo.2012. Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>

-Instrumento de evaluación de establecimientos auto gestionados en red. Segunda edición. 2016. Disponible en:

<http://www.ssmn.cl/infoestadistica/index.php/inicio/ear/>

Índice de tablas, gráficos y figuras

- Grilla para evaluación final con modalidad taller.....Pág. 42
- Figura 1: Facilitación interna de los procesos de las áreas y su vinculación.....Pág.86
- Figura 2: Facilitación del nexo con las autoridades y la comunidad...Pág.88
- Matriz de datos.....Pág.96
- Figura 3: Elementos clave del proceso de desarrollo evaluación – implementación.....Pág.99
- Figura 4: Formato para la reconstrucción de actividades.....Pág.101
- Indicadores de proceso.....Pág.102
- Guía para el grupo focal con facilitadores en ejercicio del rol.....Pág.113
- Cuadro sinóptico de relaciones entre el Programa de formación de facilitadores y la matriz de datos a los efectos de la evaluación.....Pág.124