

MATERNIDAD

Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural

CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

SEGUNDA EDICIÓN



MATERNIDAD

Segura y Centrada
en la Familia [MSCF]
con enfoque intercultural

CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

SEGUNDA EDICIÓN



Dirección editorial

Zulma Ortiz, Especialista en Salud de UNICEF y Miguel Larguía, Presidente de la Fundación Neonatológica.

Autoría

A. Miguel Larguía, María Aurelia González, Claudio Solana, María Natalia Basualdo, Evangelina Di Pietrantonio, Pablo Bianculli, Zulma Ortiz, Andres Cuyul y María Eugenia Esandi.

Agradecimientos

Por sus valiosos aportes en la revisión final del contenido agradecemos a: *Ana Speranza, Directora de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación; Carlos Cardello, Director de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Mendoza; Claudia Morón, Jefa del Programa Maternoinfantil del Ministerio de Salud Pública de Salta; Elsa Andina, Directora de la Maternidad Ramón Sardá; Flavia Raineri, Directora de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; Guillermo Carroli, Director del Centro Rosarino de Estudios Perinatales; Liliana Pedrazzini, Directora de Promoción de Desarrollo Interior de la provincia de Misiones; Marcela Miravet, Directora de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de Córdoba; Nora Redondo, Directora de Salud en la Niñez y Adolescencia y Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Santa Fe; Susana Beguier, Directora General de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de Jujuy; Pedro Carrizo, Director de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de Santiago del Estero; y Abel Camacho, Gerardo Ruiz, Héctor Castillo, Stella V. Toconas, Adriana Martínez, Mabel Pelo, Hilda Sajama y Adriana Martínez del Equipo Interdisciplinario de Salud Indígena del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy.*

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), junio de 2012

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo.

168 p, 15 cm x 21 cm

ISBN: 978-92-806-4641-2

Impreso en Argentina

Primera edición, marzo de 2011, 2.600 ejemplares.

Segunda edición, junio de 2012, 30.000 ejemplares. Versión ampliada y revisada, incorporando el enfoque intercultural.

Edición y corrección: Dolores Giménez

Diseño y diagramación: www.fernandarodriguez.com.ar

Ilustración: Nancy Fiorini

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

buenosaires@unicef.org

www.unicef.org.ar

ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Este documento contiene dos secciones:

SECCIÓN 1 | Conceptualización del modelo MSCF

Describe los ejes conceptuales sobre los cuales se estructura el modelo MSCF y el enfoque intercultural, los principios que se agrupan dentro de cada eje, así como los resultados esperados a partir de su implementación.



SECCIÓN 2 | Pasos para la implementación del modelo MSCF

Describe la estrategia para la implementación del modelo MSCF.



TABLA DE CONTENIDOS

SECCIÓN 1 | Conceptualización del modelo

Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF)

con enfoque intercultural	7
Antecedentes	9
Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF	11
Descripción de los ejes y principios del modelo MSCF	13
MSCF con enfoque intercultural	26

SECCIÓN 2 | Pasos para la implementación

del modelo MSCF	33
Los 10 pasos hacia una MSCF	35
¿Cómo se implementan los 10 pasos en contextos interculturales?	39
Actividades para la implementación de cada paso	45

ANEXOS

Anexo 1: Resumen de pasos, objetivos y actividades	130
Anexo 2: Conceptos y herramientas básicas para gestionar el cambio	139
Anexo 3: Tratamiento no farmacológico del dolor en el RN en el marco del modelo MSCF	149
Anexo 4: El programa ACoRN en el marco del modelo MSCF	153
Anexo 5: Curso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de RN para padres	157

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA

SECCIÓN 1

Conceptualización
del modelo Maternidades
Seguras y Centradas
en la Familia (MSCF)
con enfoque intercultural

ANTECEDENTES

El modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal; fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva, aunque no planificada o anticipatoria. En sus inicios, la maternidad incorporó diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras; poco a poco, estas prácticas fueron articulándose como piezas de un proceso complejo y en evolución continua¹. En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. La iniciativa Maternidades Centradas en la Familia está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994.

En 2007 se publicó la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*², en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”. A fines de 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) editó *El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas*, que describe la implementación de la iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho hospital, se identifican factores críticos positivos y negativos, y se comunican las lecciones aprendidas. Ambas publicaciones ponen énfasis en cómo pueden realizarse acciones para lograr el cambio hacia una MCF, pero no proponen mecanismos de evaluación de las actividades desarrolladas.

1. Uriburu et al., 2008.
2. Largaia et al., 2007.

Durante el último trimestre de 2009, UNICEF y Fundación Neonatológica (FUN) realizaron un trabajo conjunto con el fin de establecer un diagnóstico de situación en ocho maternidades situadas en diferentes regiones del país que, de acuerdo con la información provista por el Ministerio de Salud de la Nación, se encontrarían entre los principales 100 centros de atención perinatal. A su vez, durante ese mismo período, UNICEF trabajó, junto al Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura.

Con la intención de integrar la iniciativa MCF en toda su dimensión, o al menos en sus aspectos esenciales, y la iniciativa Maternidad Segura, se conceptualizó un nuevo modelo integrado: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), que define los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada MSCF.

Durante 2010 y 2011 UNICEF, junto a FUN, los gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, iniciaron un proceso de actividades conjuntas para favorecer la transformación de maternidades públicas en MSCF. A diciembre de 2011, 71 maternidades de las provincias de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe adhirieron a la iniciativa.

Estos primeros pasos en la implementación de la iniciativa MSCF permitieron consolidar los principios que la sustentan, e incluso enriquecerla con nuevos aportes, como la incorporación de la estrategia ACoRN (Acute Care of the Risk Newborn o Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo) y el enfoque intercultural, cuyos contenidos se describen e incorporan en esta nueva edición. Este enfoque considera los aspectos sociales y culturales particulares que se manifiestan en las maternidades y servicios de salud perinatal en contextos multiculturales.

EJES CONCEPTUALES Y PRINCIPIOS DEL MODELO MSCF

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna.

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 16 principios (tabla 1). A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. Para el logro de este propósito se pretende que:

- las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establezcan como una de sus prioridades;
- el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten sobre sus derechos y los de su hijo o hija; mediante comunicación efectiva y en su lengua de origen, cuando fuera necesario;
- los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo;
- las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar en actividades de voluntariado y acompañamiento si se necesitara;
- el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas;

TABLA 1. Ejes conceptuales, principios y resultados esperados del modelo MSCF

EJE CONCEPTUAL	PRINCIPIOS	RESULTADO ESPERADO
1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.	1. Es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y su seguridad. 2. Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico. 3. Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma. 4. Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.	Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.
2. Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija.	5. No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos. 6. Enfrenta la inequidad y la discriminación. 7. Admite publicidad en el marco de la ética.	El equipo de salud conoce e informa a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.	8. Empodera a la familia y tiene beneficios agregados. 9. Es gratificante para todos los agentes de salud. 10. Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.	La familia asume un papel protagónico en el cuidado de su hijo; las autoridades de la maternidad se comprometen a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija, y los miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y a participar en actividades de voluntariado.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.	11. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia. 12. Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua. 13. Es costo-beneficiosa, replicable y segura. 14. Contribuye al cumplimiento de los ODM. 15. Sus resultados pueden ser cuantificados.	El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño/a.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN.	16. Es abarcativo e incluye de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.	La institución fortalece las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna, participa en el HAMN, y propone estrategias de promoción y asistencia conforme a su contexto sociocultural.

- la institución cuente con un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna mediante su participación en la iniciativa HAMN.

Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSCF y definen los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio (tabla 1).

DESCRIPCIÓN DE LOS EJES Y PRINCIPIOS DEL MODELO MSCF

EJE CONCEPTUAL 1

Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención

Toda MSCF considera la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud. El modelo MSCF, para promover un cambio en la cultura organizacional hacia un modelo centrado en la familia y la seguridad de la atención, se sustenta en tres principios.

- PRINCIPIO 1 | El modelo MSCF es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y seguridad del paciente.**

Las actuales prioridades reconocidas universalmente en relación con el futuro de la Medicina se refieren, fundamentalmente, a dos aspectos: la medicina centrada en el paciente y la seguridad del paciente. En este sentido, el modelo MSCF es coherente con ambas prioridades. El paciente es la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer, y su familia, entendida como toda configuración vincular en la cual exista al menos un adulto responsable

a cargo de los menores del grupo. Las familias presentan en la actualidad formas dinámicas y variadas a partir de las cuales son capaces de cumplir con su función. Representan, así, la unidad mínima funcional del tejido social.

PRINCIPIO 2 | El modelo MSCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.

Los avances científicos, y el consecuente mayor conocimiento diagnóstico y terapéutico en la asistencia obstétrica, permiten la atención adecuada de las patologías previas y concomitantes del embarazo y de las complicaciones del mismo. Esto se traduce en que la gran mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad severa materna y fetal sean evitables. Asimismo, las tecnologías cada vez más precisas (como el diagnóstico por imágenes) permiten realizar el diagnóstico temprano de situaciones y decidir la mejor alternativa para garantizar la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo o hija en gestación (como, por ejemplo, el acretismo placentario y el desprendimiento de placenta); además permite un diagnóstico precoz de anomalías en el desarrollo fetal con un mejor abordaje para el futuro del bebé y para la contención familiar.

Por otra parte, estos progresos tecnológicos y del conocimiento científico se han visto reflejados muy especialmente en los resultados de sobrevida neonatal. Lo impensable hasta hace no mucho tiempo es ahora una realidad. Recién Nacidos (RN) con peso inferior a mil gramos (g), por ejemplo entre 750 y 1.000 g, alcanzan porcentajes de sobrevida superiores al 80% en centros de alta complejidad asistencial. Aquellos con peso de nacimiento superiores a 1.000 g sobreviven prácticamente el 100% (excluyendo malformaciones letales). Por su parte, el uso de tecnologías más precisas en la asistencia obstétrica garantiza la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo en gestación.

Este progreso indiscutible debe ahora acompañarse con acciones que incluyan la participación de la familia y devuelvan el protagonismo a la mujer

embarazada, luego púerpera, en el contexto de su grupo familiar y comunitario. En resumen, sumar lo humanístico a lo tecnológico.

PRINCIPIO 3 | Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma.

El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Se trataba de un problema intelectual y científico que simplemente desafiaba misterios en la adquisición y aplicación de conocimientos, y su análisis constituía una excelente herramienta docente. Luego se sumó la reacción de castigar al responsable del error, suponiendo que el error era producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual, y era necesaria la culpa. Ese error pasó luego a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad y castigo que, cuando era considerado producto de mala práctica, determinó que se ocultara, disimulara con falsedades, o transfiriera la propia responsabilidad a otro.

Todo esto produjo que se dejara de aprender del error, olvidamos que los seres humanos somos seres falibles —más aún cuando actuamos en un sistema complejo—, y provocamos que en Argentina prevalezca un enfoque centrado en la culpabilización de las personas como *causa* del error. La ocurrencia de un error es, entonces, seguida por la búsqueda explícita o no del “culpable”. Esta situación promueve mayor temor en los profesionales de salud y genera una creciente tendencia a ocultar los errores.

Los errores siempre ocurrirán, pero es posible minimizar su ocurrencia o sus consecuencias solo si se los enfrenta y se los entiende como oportunidades para la mejora del sistema. Es necesario avanzar más allá de “que le pasó a esa médica” o “a ese enfermero”; avanzar al *por qué* sucedió, tratando de encontrar las causas primarias o factores determinantes, que generalmente radican en la estructura y procesos de un sistema que deben ser corregidos o mejorados. En palabras de Alberto Agrest, “Solo si comprendemos el modo

en que reaccionamos y actuamos frente al error médico, podremos iniciar este camino hacia un nuevo paradigma”.

PRINCIPIO 4 | Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.

Hasta el momento el modelo MSCF, desarrollado en la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, ha recibido el aval del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios de salud de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, Mendoza, Misiones, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero. También recibió el aval de la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Argentina de Perinatología, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, la Federación Argentina de Enfermería, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, la Federación de Obstétricas de la República Argentina, la Asociación Médica de Anticoncepción, el Centro de Investigaciones en Salud y Población y el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires. Además, el Sistema de Naciones Unidas a nivel nacional ha incorporado esta iniciativa en el plan de trabajo interagencial, en particular la OPS y UNICEF. Asimismo, la incorporación del enfoque intercultural y la participación de las comunidades indígenas es impulsada por UNICEF y OPS a nivel regional; y está garantizada por la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT (Ley Nacional 24.071).

EJE CONCEPTUAL 2

Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija

El modelo MSCF protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija. La protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo, que se sustenta en los siguientes principios básicos.

PRINCIPIO 5 | No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de *derechos humanos*.

El reconocimiento de madres, hijos y familia como **verdaderos dueños de casa** en las maternidades no debe ser considerado motivo de discusión o controversia, ya que se alinea con el concepto de **derechos humanos**. Los agentes de salud no deben sentirse desplazados por la familia: su rol asistencial será por demás valorado puesto que es inherente a la posibilidad de las personas de ejercer el derecho a la vida, condición que solo se cumple con una adecuada y comprometida asistencia integral en salud. El reconocimiento de estas acciones por parte de los grupos familiares es altamente gratificante para todos los agentes involucrados en la asistencia perinatal.

PRINCIPIO 6 | Enfrenta la inequidad y la discriminación.

En nuestro país nacen más de 700.000 personas por año. Es importante señalar que el 60% de ellas lo hace en el sistema público, que ha sido el más postergado históricamente.

El principio 6, entonces, se basa en el derecho de todas las madres y sus hijos a recibir atención adecuada, independientemente de su cultura, su condición socioeconómica o su edad. La atención se sustenta en prácticas basadas en la evidencia científica, y respeta la privacidad, la autonomía y la capacidad de los padres de tomar decisiones informadas. El modelo promueve fuertemente el res-

peto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las pacientes, su situación familiar y estilo de vida; se esfuerza por garantizar el derecho de los niños y las niñas a nacer en un ambiente de confianza y seguridad y por lograr que las relaciones entre las autoridades de la institución, el equipo de salud, los padres y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.

Es un cambio de la cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el recién nacido; enfocado en la seguridad y en la prevención del error; orientado a las buenas prácticas y las intervenciones basadas en la evidencia científica; apoyado en el desarrollo de habilidades técnicas y en la capacitación continua; y afirmado en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud.

■ PRINCIPIO 7 | Admite publicidad en el marco de la ética.

Las comunicaciones son esenciales para el progreso del conocimiento y para la información de la comunidad. En este sentido, el progreso ha sido constante y dinámico. Los medios de comunicación son diversos: gráficos, audiovisuales y, más recientemente, Internet, que permite un acceso universal.

La comunicación a la comunidad de aspectos de salud presenta dificultades para su comprensión y difusión, así como problemas éticos y la necesaria reserva relacionada con el secreto médico. En este sentido, los objetivos y las acciones del modelo MSCF no tienen ninguna de estas limitaciones. Por el contrario, la sociedad y sus integrantes deben conocer este programa para reclamarlo como un derecho inherente a todas las personas. La capacidad de “apropiarse” de la intervención acelerará los tiempos para su replicación.

EJE CONCEPTUAL 3

Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio

El modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del RN con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija. Los siguientes principios sustentan esta propuesta.

■ PRINCIPIO 8 | Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.

El modelo MSCF estimula la participación de la pareja y de la familia en la satisfacción de las necesidades de la mujer en cada etapa del embarazo y luego del parto, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración.

El equipo de salud brinda información a la mujer y a su pareja de manera clara y comprensible, incluyendo aspectos como la evolución del embarazo, lo esperable dentro de la normalidad, los signos y síntomas que ameritan una consulta inmediata al médico, la aparición de situaciones que requieren tratamientos o intervenciones. Se informa a los padres para hacerlos partícipes de la toma de decisiones ante cada situación.

Una de las intervenciones más importantes relacionadas con la asistencia neonatal en el marco del modelo MSCF consiste en permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología. Esta acción promueve su permanencia continua y, sobre la base de una capacitación progresiva, su participación activa en el cuidado de sus hijos. La permanencia de las madres se ve facilitada por la posibilidad de acceder a una residencia/hogar con oferta de cama y comida, al cuidado de un servicio solidario de voluntarias y voluntarios de la comunidad.

Los principales responsables de la mortalidad neonatal son la prematuridad y sus patologías asociadas. Téngase en cuenta, por ejemplo, que los RN de muy bajo peso (< 1.500 g), que representan solamente el 1% de los RN, contribuyen en más del 30% a la mortalidad neonatal global. En esos casos, la participación

activa de los padres en los servicios de neonatología tiene múltiples beneficios potenciales que resumimos a continuación.

- Ahorra horas de enfermería neonatal, que es un recurso humano crítico pero siempre insuficiente en número, al asumir tareas de fácil aprendizaje y que requieren poco tiempo, como por ejemplo la alimentación por *gavage* con sonda naso u orogástrica. Los RN prematuros deben ser alimentados mediante esta técnica habitualmente cada dos horas, es decir doce veces por día, hasta que son capaces de alimentarse por succión; los tiempos invertidos son de 15 a 20 minutos en cada toma. Si las enfermeras se liberan de esta tarea pueden ocuparse más eficientemente de asistir a los pacientes críticos.
- Disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria (IIH) por la asistencia individualizada de madres y padres respecto de sus hijos: luego del síndrome de dificultad respiratoria, la IIH, es decir sepsis tardía, es la principal causa de morbilidad neonatal en los prematuros. Su etiología es, fundamentalmente, la utilización de técnicas invasivas y un inadecuado lavado de manos por parte de los agentes de salud. Si únicamente las madres y los padres se hacen cargo de la higiene y alimentación de sus hijos o hijas, reducen las posibilidades de transmisión de patógenos por médicos y enfermeras.
- Incrementa el porcentaje de alimentación a pecho al alta en RN prematuros: las madres con permanencia continua extraen su leche varias veces por día en sectores especiales acondicionados para tal fin. Al momento del alta mantienen la lactancia y, por ello, más del 80% de los RN de muy bajo peso egresan con alimentación a pecho, una de las más reconocidas medidas para disminuir la mortalidad infantil. La provisión de leche humana (LH) tiene reconocidas propiedades antiinfecciosas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras para la alimentación (fortificada) de hijos prematuros: la utilización de LH (a veces fortificada) está contemplada en la iniciativa HAMN, la cual es fuertemente respaldada por el modelo MSCF. La lactancia materna se asocia a una significativa reducción de las infecciones y de la enterocolitis necrotizante en RN internados.

- Implementa el “monitoreo multiparamétrico” de los hijos que permite la detección precoz de apneas, respiración periódica, cambios de coloración, de tono, de llanto y de la tolerancia a la alimentación, y no requiere mantenimiento preventivo ni insumos. Además, el RN no está expuesto a desconexión eléctrica o de alarmas: los padres, por su permanencia continua, conocen rápidamente el estado de sus hijos y detectan todos los cambios, aún los más sutiles, de ahí la denominación *multiparamétrico*. Este entrenamiento es esencial para una población tan vulnerable como la que constituyen los prematuros, y de gran ayuda para los padres una vez que el RN es dado de alta.
- Contribuye a identificar problemas en el funcionamiento del servicio cuya solución mejoraría la calidad y la seguridad de la atención: la presencia continua de los padres permite identificar dificultades relacionadas, por ejemplo, con una insuficiente cantidad de agentes de salud en relación a la demanda del servicio o, también, la inadecuada respuesta a las alarmas de los equipos. Los padres con ingreso irrestricto se convierten en los principales garantes del trabajo de los agentes de salud.
- Facilita el acceso a la planificación familiar: todas las madres de prematuros presentan el factor de riesgo más alto de tener un nuevo prematuro en su próximo embarazo. La presencia de los padres de RN prematuros en la sala incrementa las oportunidades de encuentro con los miembros del equipo de salud, que pueden aprovechar para informarlos sobre la importancia de realizar estudios fuera del embarazo, y asesorarlos sobre cómo decidir el momento para una nueva gestación y mejorar así las condiciones de embarazos futuros. Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos es importante para conseguir los intervalos intergenésicos recomendados.
- Facilita la detección de adicciones, conductas de riesgo, violencia familiar y riesgo social sanitario: los tiempos prolongados de internación de prematuros y RN enfermos facilitan la intervención oportuna de los agentes de salud mental y del área de servicio social.

- Incrementa la adherencia a los programas de seguimiento en consultorios externos: los mayores tiempos de internación permiten a los padres reconocer el marco protector de la institución, y de esta manera se asegura la permanencia en los programas de seguimiento.

■ PRINCIPIO 9 | Es gratificante para todos los agentes de salud.

La salud pública enfrenta desde siempre una situación de crisis, de la cual los agentes de salud no están exentos. Déficit presupuestario, programas que pierden continuidad, deterioro de la planta física de las instituciones, obsolescencia del equipamiento, interrupciones en la provisión de insumos, recurso humano insuficiente y con fuertes postergaciones en la retribución económica, etc. El modelo MSCF, por sí solo, no puede corregir esta realidad, pero sí ofrece la posibilidad de que los agentes de salud comprometidos con ella se sientan gratificados por el reconocimiento de las familias beneficiadas.

■ PRINCIPIO 10 | Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.

La comunidad, ahora informada sobre el modelo MSCF, tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas inherentes a su idiosincrasia y cultura. Este aporte enriquece el modelo al incluir características históricas y culturales de la población. En el caso de las familias de pueblos indígenas y países migrantes, la comunidad informada debe participar como parte co-operante de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios, atendiendo y respetando sus tradiciones y culturas.

EJE CONCEPTUAL 4

Uso de prácticas efectivas y seguras

El modelo MSCF promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

■ PRINCIPIO 11 | Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.

La comunidad científica pretende, con razón, que las intervenciones sean objeto de evaluación con metodología de investigación acorde, para ser consideradas beneficiosas o, por el contrario, perjudiciales. Como resultado de revisiones sistemáticas, metaanálisis y otros enfoques más actuales, la Medicina desarrolla el concepto *basada en la evidencia*. A pesar de que existen limitaciones en esta concepción, su validez es reconocida y, en este sentido, el modelo MSCF también cumple ampliamente con esta exigencia. El uso de prácticas basadas en la evidencia y sistematizadas constituye la base de la seguridad para las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias.

■ PRINCIPIO 12 | Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.

La Medicina moderna está centrada en el paciente (y su familia) y cuida su seguridad. El objetivo siguiente es alcanzar calidad continua, para lo que el modelo MSCF es un excelente marcador, porque implementa acciones de calidad y promueve barreras para minimizar la ocurrencia de eventos adversos.

PRINCIPIO 13 | Busca promover intervenciones costo-efectivas, replicables y seguras.

Los planes sociales, especialmente los que se aplican en salud, tienen como prerrequisito ser de impacto social, innovadores, eficientes (realizados con bajo costo), eficaces (replicables con idénticos resultados), seguros (proporcionan barreras que disminuyen la variabilidad humana), en resumen: costo-efectivos. El modelo MSCF pretende alcanzar este objetivo promoviendo intervenciones de relativo bajo costo y de probada efectividad clínica, para una población vulnerable como es la materno-infantil.

PRINCIPIO 14 | Contribuye al cumplimiento de los objetivos del milenio.

La reducción de la mortalidad de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y la reducción de la mortalidad infantil se encuentran entre las metas establecidas por dos de los 10 objetivos del milenio. El modelo MSCF es una estrategia que contribuye al logro de ambos objetivos.

PRINCIPIO 15 | Sus resultados pueden ser cuantificados.

Toda iniciativa necesita ser evaluada periódicamente para confirmar el impacto social deseado y modificar los aspectos problemáticos. El modelo MSCF tiene la posibilidad de ser monitoreado con una guía que cuantifica el cumplimiento de los pasos e identifica fortalezas y barreras.

EJE CONCEPTUAL 5

Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN

El modelo MSCF promueve fuertemente la lactancia materna y el involucramiento y la participación de las maternidades en la iniciativa HAMN.

PRINCIPIO 16 | El modelo MSCF es abarcativo e incluye de todas las propuestas complementarias.

El modelo MSCF puede ser interpretado erróneamente como restringido a los derechos de las familias en relación con la gestación y el nacimiento de sus hijos e hijas. Sin embargo, esto no es así. Para posibilitar su verdadero protagonismo es necesario que las maternidades cumplan con todas las actividades asistenciales, incluyendo las preventivas, vinculadas con la salud de las y los pacientes. Son ejemplos de ello su correlato “maternidades seguras” y propuestas tales como la promoción de la consulta preconcepcional, el cuidado de la salud de la mujer fuera del embarazo; la decisión del momento del embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos; las condiciones de los servicios que garanticen una adecuada atención de los embarazos y partos normales, como así también de las complicaciones que puedan surgir y poner en riesgo la vida de la madre, el bebe intraútero o el RN; la prevención de infecciones intrahospitalarias; la capacitación en reanimación cardiopulmonar; el uso de tecnologías apropiadas y costo-efectivas; la promoción de la lactancia materna; los monitoreos no invasivos; la prevención de la retinopatía del prematuro y la desnutrición posnatal del RN de muy bajo peso. Además, en todas las áreas (desde control prenatal e internación conjunta hasta cuidados intensivos) se jerarquiza la pesquisa de determinantes sociales de impacto desfavorable para su correspondiente abordaje.

MATERNIDADES SEGURAS Y CENTRADAS EN LA FAMILIA CON ENFOQUE INTERCULTURAL

UNICEF promueve la incorporación de la **perspectiva intercultural** en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así a la aplicación efectiva del **enfoque de derechos** en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas. Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes al Estado argentino o son familias provenientes de países vecinos como Bolivia, con origen en los pueblos Quechua, Aymara o Guaraní y migrantes en general.

En Argentina existen, distribuidos en las distintas provincias, al menos 30 pueblos indígenas³, la mayoría con conocimientos y prácticas en salud y abordaje de la enfermedad que le son propios⁴. Según la legislación nacional y los convenios internacionales que protegen los derechos de estas comunidades, los equipos de salud, incluidos los de las maternidades, deben promover el involucramiento de las comunidades indígenas en su situación de salud a través de las y los líderes elegidos según sus propios mecanismos. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica expresamente los lineamientos para que *los pueblos indígenas sean partícipes y partes cooperantes de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios atendiendo y respetando sus tradiciones y culturas*⁵.

3. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), 2007.

4. Entendemos por *pueblos indígenas* a aquellas personas y comunidades que descienden de las poblaciones "que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización, o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conserven todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas". Convenio 169 de la OIT.

5. Convenio 169, *op. cit.* artículos 25 y 30.

La adopción de un enfoque intercultural en el marco de la iniciativa MSCF requiere incorporar a las comunidades indígenas a través de la consulta a sus representantes según sus propios mecanismos deliberativos, incluyendo a las madres en esos procesos. La participación activa de los integrantes de estas comunidades permitirá la adecuación cultural y mejorar la calidad del servicio brindado por la institución, de tal forma que sea amigable a sus usuarias sin importar el origen étnico, nacionalidad, color de piel o nivel socioeconómico de la futura madre y su familia.

Un servicio de salud amigable significa, entre otras cosas, que el equipo de salud de la maternidad comprenda y respete la **cultura y cosmovisión** de las madres y familias indígenas, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y enfermedad, la vida y la muerte. Como sabemos, la enfermedad, el nacimiento, la vida y la muerte son experiencias universales de la especie humana, pero las distintas culturas —entre ellas la de los pueblos indígenas— moldean y establecen distintas formas de comprender estos fenómenos según su propia cosmovisión o forma de comprender el mundo.

Llamamos *cultura* a aquel conocimiento constitutivo de un pueblo o sociedad, que se manifiesta en la forma en que sus miembros viven, producen y comprenden las relaciones entre sí y con el entorno, el ambiente y la naturaleza. Incluye los bienes materiales, simbólicos, normativos, espirituales y artísticos. La cultura se reproduce y transmite a lo largo del tiempo, se transforma y comparte entre los miembros de una sociedad o grupo en tanto se construye familiar y colectivamente.

La *cosmovisión*, por su parte, es la manera que tienen las culturas o pueblos de interpretar el mundo y sus relaciones, incluyendo los vínculos que establecen las personas para cuidar o reestablecer su salud. Para los pueblos indígenas la salud es el resultado de un equilibrio de fuerzas naturales espirituales, individuales y comunitarias. Así, han creado categorías, modelos y prácticas muy particulares que dependen de la cosmovisión, la historia social y económica, el ámbito geográfico y la naturaleza en la que se asienta cada pueblo. Por eso mismo, no necesariamente hay respuestas idénticas ni válidas para todas las culturas.

Por ejemplo, para las madres y familias del pueblo Qom⁶ es indispensable que luego del parto la placenta sea entregada a la familia, quienes habitualmente la entierran en las cercanías del hogar que en adelante será el lugar de pertenencia del recién nacido o nacida. Para los pueblos andinos y de tierras bajas, a los que pertenecen muchas embarazadas y madres migrantes de la Argentina y países vecinos como Bolivia y Perú, la posición vertical durante el parto es la forma ancestral de parir. Existen también ejemplos y casos de embarazadas del pueblo Wichí, que temen someterse a ecografías por miedo a que su hijo o hija nazca con algún problema de salud⁷, situación que se resolvería con una adecuada explicación y traducción en su lengua materna.

La concepción de salud de los pueblos indígenas está ligada a una perspectiva integral del mundo. Así, definen la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual. Así, el concepto *salud integral* abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad⁸, llamado también “buen vivir”.

En Argentina muchas familias pertenecientes a pueblos indígenas no acceden oportunamente a los servicios de salud, en particular, en lo que respecta a controles prenatales, esquemas de vacunación y controles de salud del niño o niña. Además, conviven con enfermedades infecto contagiosas y parasitarias, producto de una situación de pobreza y marginación sociocultural cuyos orígenes y determinantes encontramos en la conquista y posterior proceso de colonización de estas tierras, y continúan hasta nuestros días. Las principales barreras para el acceso a la atención son: 1) las **barreras culturales** en las maternidades y servicios de salud determinadas por las dificultades o falta de comprensión de la lengua e idiosincrasia de las madres indígenas por parte del equipo de salud que las asiste, así como también las formas de discriminación por cuestiones de género; y 2) las **barreras geográficas y económicas**, pro-

6. Pueblo Qom es el nombre propio del mal llamado pueblo Toba.

7. Testimonios de mujeres wichi en talleres de promoción de la salud. Misión Chaqueña, provincia de Salta, 2009.

8. Rojas, R. *Medicina Indígena Tradicional y Medicina Tradicional*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica, 2006.

ducto de las largas distancias que deben recorrer para llegar al centro de salud, la deficiente infraestructura caminera y de transporte, y/o la falta de recursos para su uso.

La adopción del enfoque intercultural en el marco de la iniciativa MSCF promueve la superación de las barreras culturales y el fortalecimiento de la pertinencia cultural en las maternidades, a través de la implementación de acciones afirmativas⁹ en salud para poblaciones, como los indígenas y migrantes, que poseen culturas diferentes. La comprensión y respeto de la realidad social y cultural de las madres y familias de estas comunidades es un derecho consagrado en la legislación nacional y el derecho internacional¹⁰.

El enfoque intercultural en ningún caso propone que los servicios de salud implementen prácticas de salud tradicional indígena¹¹ como tal, pero tampoco que sean suprimidas, ya que son patrimonio de los pueblos. Desde el enfoque de promoción de los derechos indígenas lo que se espera es la complementación de las prácticas y saberes (del equipo de salud y de la medicina tradicional indígena) en salud perinatal, siempre y cuando estas sean impulsadas y apoyadas por la comunidad, sus líderes, las madres y/o sanadoras tradicionales. Por otro lado, en ningún caso las adecuaciones culturales de las maternidades o servicios de salud podrán reemplazar las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), así como tampoco los 10 pasos para la implementación de la iniciativa MSCF que desarrollaremos en este libro.

9. Las **acciones afirmativas en salud** procuran mejorar las oportunidades de los grupos segregados en la sociedad por su condición de desventaja estructural frente a los grupos dominantes. La acción afirmativa no debe considerarse como un fin en sí mismo, sino como un mecanismo transitorio para reducir las disparidades, incrementando las oportunidades de acceso de las minorías o grupos excluidos a los servicios (Torres Parodi, 2003).

10. Ley Nacional 24.071, que ratifica el Convenio 169 de la OIT (art. 24, 15 y 30), y Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (art.23) 1992.

11. La salud tradicional indígena está constituida por aquellas prácticas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de esos pueblos, y que surgieron antes de la colonia y/o en el proceso, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Esto no significa que no se haya modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado (IIDH: 2006:18).

¿POR QUÉ ES NECESARIO UN ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS MATERNIDADES?

Los servicios de salud y hospitales en general fueron creados haciendo eje y foco en el desempeño del equipo de salud, los procedimientos terapéuticos y la bioseguridad, sin atender las necesidades subjetivas de las personas y sus familias. El enfoque intercultural contemplado en el modelo MSCF permite superar esta funcionalidad exclusivamente biomédica de las maternidades, e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad. Se trata de un proceso dinámico de relación y aprendizaje entre personas, grupos, prácticas y conocimientos, que busca el desarrollo de nuevos espacios de intercambio y de generación de cultura al interior de las maternidades.

El término *interculturalidad* intenta terminar con la desigualdad entre una cultura dominante y una dominada, construyendo una convivencia de respeto, intercambio y diálogo. Busca articular las diferencias, no eliminarlas: aspira a fomentar la unidad en la diversidad¹². La interculturalidad en salud es una práctica democratizadora, que implica la “capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional”¹³.

Las características esenciales propias del enfoque **intercultural** son la consideración y complementación de culturas diferentes, las **acciones afirmativas en salud** y la **participación de la comunidad**.

CRITERIOS DE SALUD INTERCULTURAL

La experiencia y evidencia nacional e internacional sirven de base para construir criterios y orientaciones que pueden ser tomados como base a la hora de diseñar, implementar y evaluar servicios de salud con enfoque inter-

12. Walsh, C. *Propuestas para el tratamiento de la interculturalidad en educación*. Documento base. Lima, 2000.

13. Oyarce, A., Ibacache, J. y Neira, J. “Reflexiones para una Política Intercultural en Salud”. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud. Puerto Saavedra, 1996.

cultural en las maternidades que trabajan en contextos de diversidad sociocultural¹⁴. Algunas consideraciones a tener en cuenta¹⁵:

- El enfoque intercultural debe acompañarse de **procesos de participación**. La comunidad y las organizaciones sociales deben involucrarse en el diseño, implementación y evaluación de la atención con pertinencia cultural para que el modelo sea apropiado y legitimado socialmente. La falta de inclusión de las comunidades en el diseño de la atención conduce a la falta de uso de los servicios y a la posible folklorización de la atención por parte del equipo de salud, ignorando el contexto cultural para la implementación de las prácticas interculturales como el parto vertical y otras medidas¹⁶.
- Debe facilitarse a las comunidades indígenas el acceso geográfico, cultural y económico a los servicios de salud, garantizando que las madres, niñas y niños reciban los oportunos controles prenatales y postnatales.
- Los indicadores inherentes a los sistemas de información deben considerar aspectos culturales y presencia de las comunidades indígenas en los niveles locales, provinciales y nacional. La incorporación de la variable étnica es fundamental para conocer con certeza la situación de salud de las comunidades, y proyectar acciones afirmativas en consecuencia.
- Debe existir personal de salud capacitado para el trabajo intercultural (indígenas y no indígenas).
- Los servicios de salud deben procurar ser amigables e incorporar **facilitadores interculturales bilingües** que mejoren la experiencia del usuario indígena, colaborando con su orientación.

14. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Organización Panamericana de la Salud; Washington, 2008; pp. 37-38 (adaptación).

15. Pueden encontrar información útil para el trabajo con agentes de salud en contextos interculturales en la publicación de UNICEF *Para la vida*, disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/PARA_LA_VIDA_16.5X22-BA3A.pdf.

16. *Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna*. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. UNPFA, Quito, 2011. P 49.

SECCIÓN 2

Pasos para
la implementación
del modelo MSCF



La implementación del modelo MSCF es una intervención compleja¹⁷ y se sustenta en la realización de 10 pasos.

El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una MSCF presenta complejidades de distintas dimensiones:

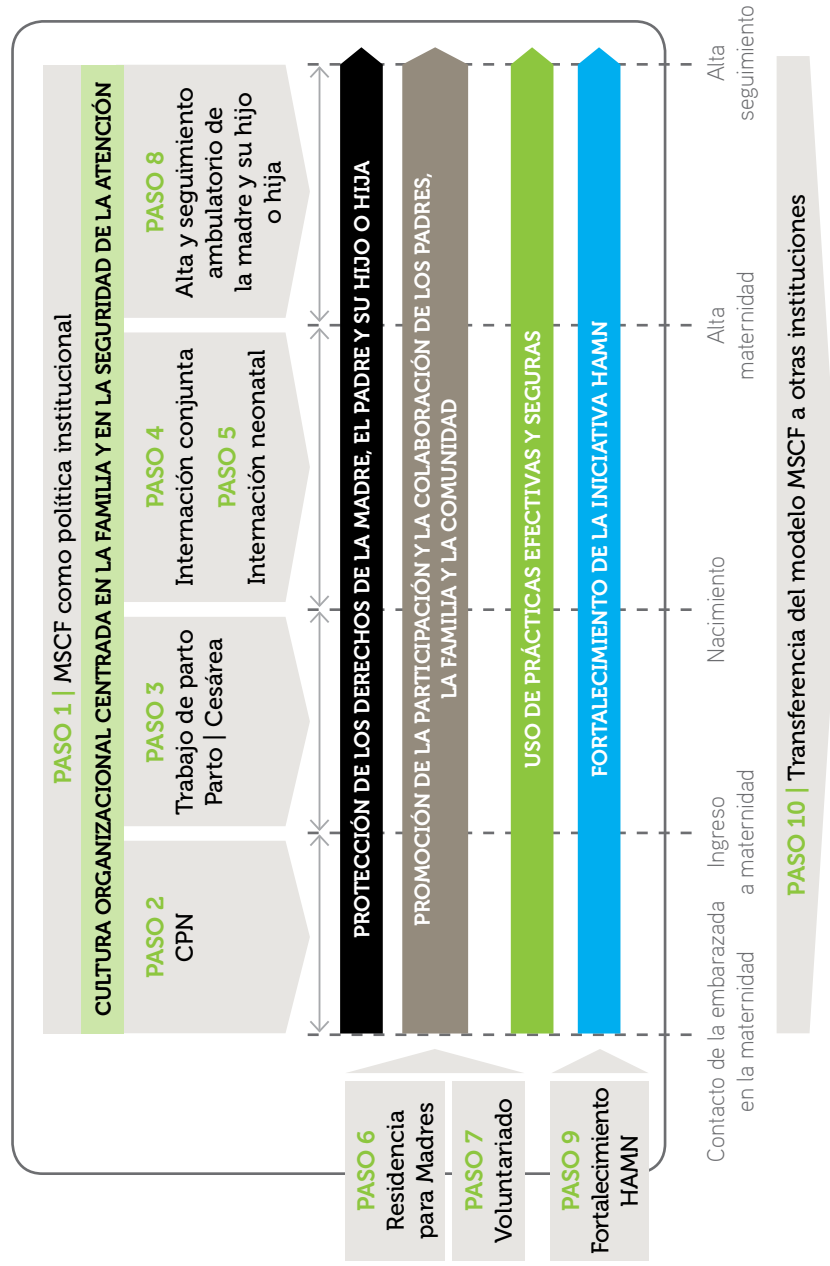
- Incluye distintos componentes que actúan a lo largo del proceso de atención de la embarazada, desde su primer contacto con la maternidad hasta que su hijo o hija es dada de alta en el seguimiento ambulatorio.
- El logro de los resultados depende de cambios que deben alcanzarse a distintos niveles del sistema: en la cultura, la estructura y el funcionamiento de la organización; en la conducta de los miembros del equipo de salud e, incluso, en la de las madres y sus familiares.
- Los resultados son de distinta índole: algunos están relacionados con la efectividad del proceso de atención, otros con la protección de los derechos de los padres y del RN, otros con el fortalecimiento de otras iniciativas, como el HAMN.

LOS 10 PASOS HACIA UNA MSCF

La estrategia para la implementación del modelo MSCF abarca 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del RN en el seguimiento ambulatorio. Algunos de estos pasos, como 2, 3, 4, 5 y 8, son atravesados transversalmente por los ejes conceptuales; otros, como el 6 y 9, se alinean con los ejes a lo largo del continuo de la atención. Los pasos 1 y 10 establecen el contexto cultural necesario para la implementación del modelo, y su transferencia hacia adentro y hacia afuera de la institución respectivamente (figura 1).

¹⁷ Las intervenciones complejas pueden ser descritas como aquellas que contienen múltiples componentes que interactúan entre sí. La complejidad puede estar dada por distintos aspectos de la intervención, como por ejemplo, a diferentes poblaciones objetivo, diferente tipo de resultados.
<http://www.mrc.ac.uk/Fundingopportunities/Highlightnotices/MRPmethodsresearch/index.htm>.

FIGURA 1. Ejes y pasos para la implementación



PASO 1 | Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución.

Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MSCF, presupuesto destinado para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario que lidera las acciones necesarias.

PASO 2 | Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN).

Se facilita la asistencia al CPN con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se promueve la articulación entre las distintas áreas de la maternidad para facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, la lactancia materna, la procreación responsable y sobre el curso de preparación para la maternidad.

PASO 3 | Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.

Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y en el parto, tanto normal como patológico, sea este un familiar o partera empírica, sanadora tradicional o agente espiritual. Se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos (té, infusión de hierbas), posiciones (vertical, horizontal, en cuclillas) y tiempos en el parto, proveyendo la infraestructura y mobiliario mínimo que lo haga posible. Se estimula la lactancia precoz y el vínculo temprano madre-hijo o hija.

PASO 4 | Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas con la participación de la familia.

Se evita la separación del binomio madre-hijo o hija sanas o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de los padres y demás familiares.

PASO 5 | Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal.

Padre y madre tienen ingreso irrestricto en la internación neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del RN internado. Se promueven el Contacto Piel a Piel (COPAP) y la lactancia materna.

PASO 6 | Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.

La RM permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.

PASO 7 | Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.

El voluntariado hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas o madres y a sus familias en todas las áreas de la maternidad y en la RM.

PASO 8 | Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Antes del alta, el equipo de salud coordina con los padres el seguimiento alejado de los RN sanos y, especialmente, de aquellos de riesgo. En las consultas de control, se facilita la participación de la familia.

PASO 9 | Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN.

La maternidad trabaja activamente en la promoción de la lactancia materna para lograr la acreditación de HAMN (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o bien para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa iniciativa.

PASO 10 | Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF.

La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones (ONG, otras maternidades, gobierno, etc.) y, a su vez, brindan el mismo apoyo a otras maternidades, de manera de constituir una red de MSCF.

La implementación de cada paso supone la realización de distintos tipos de actividades que deberían facilitar el logro de los objetivos propuestos por el modelo MSCF. En esta sección, y también en el Anexo 1, se describen una serie de aspectos y conceptos básicos que deberían ser considerados al momento de implementar las actividades de cada paso y que, en líneas generales, contribuirían a gestionar el proceso de transformación de la maternidad en una MSCF.

¿CÓMO SE IMPLEMENTAN LOS 10 PASOS EN CONTEXTOS INTERCULTURALES?

En contextos interétnicos, como los que hay en Argentina, es necesario que los 10 pasos para la implementación del modelo MSCF sean transversalizados con el enfoque intercultural como un derecho que permita la pertinencia cultural de las acciones, componentes y dispositivos que se desarrollan en las maternidades durante el proceso de embarazo, parto y post parto. En este sentido, presentamos a continuación las especificidades del enfoque intercultural en cada uno de los 10 pasos para la implementación del modelo MSCF.

PASO 1 | Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia con Enfoque Intercultural como una política de la institución.

La maternidad asume la interculturalidad como un valor y práctica constante que incluye la participación de las comunidades en la implementación del enfoque, e incorpora personal indígena bilingüe al equipo de salud para favorecer la atención de salud a la madre y el niño o niña indígenas.

PASO 2 | Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal (CPN).

Se agendan turnos para el CPN de la embarazada y su familia de acuerdo a posibilidades de transporte rural y en coordinación directa con el agente sanitario, considerando la posibilidad de que la embarazada pueda asistir a la consulta —además de con su familia— con su partera empírica, sanadora u otro terapeuta¹⁸.

Los procedimientos y cuidados se explican en la lengua materna de la embarazada si ella y su familia no se comunican adecuadamente en castellano, para lo cual el equipo de salud se apoya en un **facilitador intercultural bilingüe**. Este hace las veces de “puente” entre los servicios de salud y la población de origen cultural diferente, facilitando el acceso cultural y lingüístico de la población a los servicios de salud, traduciendo y orientando a la embarazada y su familia durante su estadía en la maternidad.

PASO 3 | Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.

Se respeta la decisión de la embarazada sobre la posición, disposición y tiempos durante el trabajo de parto y parto, proveyendo de la infraestructura y mobiliario mínimo para su comodidad, considerando la posibilidad de asistencia de un familiar, partera empírica o sobadora durante el trabajo de parto y parto.

El personal ha sido capacitado en la práctica del parto vertical. Se asumen como cuidados de la salud las decisiones de no bañarse inmediatamente después del parto¹⁹ ni someterse a cambios de temperatura que puedan alterar el equilibrio de su estado de salud postparto o que generen “sobreparto” o enfriamiento durante o después del parto, ya que en muchas culturas es considerada una de las primeras causas de muerte entre mujeres²⁰.

18. En general, las costumbres y prácticas de salud tradicionales que las pacientes propongan deberán ser acordadas entre ambas partes (paciente y familia - profesional y equipo de salud) de manera de garantizar la interculturalidad.

19. Esto no incluye la fase anterior al trabajo de parto y parto.

20. Ramírez, S. “La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico: epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí”. *Salud colectiva* [online]. 2009, vol.5, n. Pp. 63-85.

PASO 4 | Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas con la participación de la familia.

Durante la internación de madre e hijo o hija sanas se permite la visita de la familia extendida en horarios amplios, que sean accesibles para ellos considerando la distancia y los transportes disponibles. Se considera también la posibilidad de que la madre y el bebé puedan ser visitados por parteras empíricas, tradicionales o sobadoras, así como por otro agente espiritual. Se tiene en cuenta la posible instalación de awayos²¹ o hamacas en la maternidad, tanto para el descanso de la madre como del RN.

PASO 5 | Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal.

La maternidad facilita la visita de la familia extendida y de terapeutas tradicionales en la internación neonatal, ofreciendo horarios amplios que se adapten a la oferta de transportes rurales. Se promueve la pernoctación del padre en el servicio o en las instalaciones de la maternidad cuando la familia resida a más de 150 km de la maternidad.

PASO 6 | Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.

La RM tiene un espacio para el intercambio de saberes, experiencias y prácticas en el cuidado de la salud perinatal entre madres y entre éstas y los equipos de salud. También provee alimentación pertinente a su contexto sociocultural, y considera la disposición de las camas de acuerdo a la cosmovisión y creencia de las madres. En ese sentido, la arquitectura de la RM, así como su distribución espacial, es consultada con la comunidad para que sea culturalmente pertinente y socialmente funcional, por lo que cuenta con personal a cargo conocedor de la realidad sociocultural de la localidad.

21. El awayo es una manta de colores utilizada por las madres quechuas, aymaras y kollas, en las provincias de Jujuy y Salta, principalmente para el transporte de sus hijos e hijas, generalmente en las espaldas. También son usadas con la misma función, pero sobre el pecho, por madres wichies en las provincias de Salta, Chaco y Formosa.

La RM, desde la perspectiva intercultural, considera la internación previa al parto para las embarazadas de lugares alejados como forma de prevención y preparación del parto, para lo cual es importante la información y monitoreo oportuno por parte del equipo de salud y en particular el rol del agente sanitario.

PASO 7 | Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.

Las maternidades incluyen como voluntarios y voluntarias a parteras empíricas o personas de la comunidad con reconocido conocimiento en cuidados perinatales si los representantes de la comunidad lo solicitasen o el equipo lo estima conveniente en diálogo con la comunidad. El voluntariado que se incorpora recibe instrucción sobre interculturalidad en salud. Las parteras empíricas, sobadoras y/o yerbateras reciben formación sobre seguridad y cuidados en el embarazo, parto y puerperio.

PASO 8 | Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

El equipo de salud realiza el alta del RN junto con la madre y la familia apoyado, si es necesario, por el facilitador intercultural bilingüe, dando lugar al intercambio de conocimientos y cuidados de salud tradicionales entre el equipo de salud y la familia. Se establece el seguimiento de los RN sanos en comunicación y coordinación con el agente sanitario del área, poniendo especial atención al contexto social, ambiental y cultural que tendrá el bebé.

PASO 9 | Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN.

Se estimula en la maternidad el encuentro entre puérperas indígenas y no indígenas para promover la lactancia materna como un proceso protector de la salud, teniendo en cuenta que tanto las madres rurales como las indígenas fomentan y valoran la lactancia materna²².

22. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. CEPAL. Santiago, 2010. Pp 58.

PASO 10 | Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF con enfoque intercultural.

La maternidad y el servicio en general reciben asesoramiento técnico y promueven el intercambio de experiencias con iniciativas de salud intercultural nacionales e internacionales, buscando tanto a la mejora del servicio como a la difusión de la propia experiencia de MSCF con enfoque intercultural.

Los equipos de salud sistematizan y difunden la experiencia entre pares, con otros servicios y con la comunidad, para difundir y discutir acciones y enfoques formando un grupo de sensibilización y capacitación interna sobre la experiencia en general y en particular sobre el modelo MSCF con enfoque intercultural.

ALGUNAS PAUTAS PARA EL TRABAJO DIARIO DEL EQUIPO DE SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES²³

Un elemento clave para el avance de auténticos modelos interculturales de atención a la salud materna es el desarrollo de habilidades sociales y la modificación de las actitudes del equipo de salud al tratar con las embarazadas indígenas y sus familias. Por eso, es fundamental la capacitación al equipo de la maternidad en aspectos de salud y cultura o de abordaje intercultural.

Concluimos señalando algunas pautas para el trabajo diario del equipo de salud, que ayudan a iniciar la transformación de la institución en una MSCF con enfoque intercultural.

Reconocimiento de los otros

- Reconocer positivamente, a nivel personal, la diversidad.
- Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas.
- Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte.

23. Reflexiones contenidas en la Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA. REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005 (Adaptación). Torres Parodi, Cristina. Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales. Washington D.C., OPS, septiembre 2003.

- Cuidar los gestos y las expresiones corporales durante la atención que puedan interferir con lo que nos va a expresar verbal y gestualmente la población indígena.
- No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razones de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas.
- Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos, y que es importante no solo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.

Convivencia con los otros

- Compartir los conocimientos y saberes de manera mutua.
- Saber escuchar y estar dispuesto a aprender.
- No reproducir relaciones de poder en el establecimiento ni fuera de él.
- Valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión.
- Valoración de los otros
- Buscar los por qué de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás, no para juzgar, sino para aprender de ellas.
- Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad.
- Entender que no hay cultura superior o inferior; existen culturas diferentes.
- Aceptar la vigencia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud.
- Ser sensible a las necesidades del otro.
- Interacción con los otros
- En el trabajo intercultural, la comunicación —y dentro de ella la palabra y los gestos—, son centrales en el reconocimiento.
- Pensar en conjunto, en equipo, es necesario “ir juntos”, uniendo capacidades para enfrentar los problemas de salud.
- Compartir, involucrarse, ser parte de.

ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CADA PASO

PASO 1 | Reconocer el concepto Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución.

La implementación de este paso se alinea con el eje conceptual 1, “Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención”. Es un paso clave para el resto de las actividades de implementación del modelo MSCF.

En Argentina, garantizar la seguridad parecería limitarse a “identificar y actuar sobre el culpable del error”. Esta situación pone en evidencia la necesidad urgente de instalar la **seguridad del paciente** como un aspecto prioritario del sistema de salud. Eso requiere un prolongado proceso de educación y concientización que permita sentar las bases para la construcción de una cultura de la seguridad diferente, centrada en el paciente y la familia.

La **cultura de la seguridad** se refiere al conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que, en los procesos de atención en salud, **asumen la probabilidad de equivocarse**; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje. La seguridad de los pacientes es un aspecto central de la calidad de la atención médica. La misma no depende de una única persona, tecnología o departamento. Mejorar la seguridad implica comprender cómo interaccionan las distintas partes del sistema, para lo cual se requiere un fuerte compromiso del equipo de salud en la búsqueda, identificación y solución de los problemas de seguridad. Igualmente relevante es la participación de los propios pacientes y sus familias en este proceso: ellos no solo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.

La racionalidad indica que si se conocen las causas de los errores se podrán tomar las medidas correctivas necesarias. Para conocer las causas deberán comunicarse los errores y sus consecuencias, así como las situaciones o circunstancias que se cree determinaron su aparición. Esta transparencia solo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en el que el error no es castigado, sino utilizado para aprender a no cometer el mismo error uno mismo y para enseñar evitando que se repita.

Cuando nos referimos a la cultura organizacional nos estamos refiriendo al patrón de supuestos básicos compartidos por un grupo de personas, que los aprendió a medida que iba resolviendo sus problemas de adaptación externa e integración interna; que funcionó lo suficientemente bien como para ser considerado válido y que, por lo tanto, es enseñado a los nuevos miembros de la organización como la manera de percibir, pensar y sentir en relación con dichos problemas. La cultura del error y de la seguridad dentro del campo médico se nutre tanto del marco teórico de la cultura de las organizaciones, como de las teorías que explican la prevención de errores y accidentes dentro del ámbito de la aviación o la industria. Es muy importante reconocer las diferencias entre los supuestos que centran su atención en la persona y los que la centran en el sistema (tabla 2). La cultura del error ha sido definida como el “conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que en los procesos de atención en salud asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje”. Si bien no existe una definición exacta de cultura de la seguridad, conceptualmente la literatura es consistente en que las organizaciones con una cultura de la seguridad eficaz comparten una dedicación continua y prioritaria por su mejoramiento y centran su atención en el sistema. Más concretamente, estas organizaciones:

- Reconocen la naturaleza misma de la actividad que desarrollan como propensa a la ocurrencia de errores o accidentes.
- Estimulan un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo, en el que reportarlo no se acompaña automáticamente de una penalidad o castigo.
- Promueven la colaboración a distintos niveles jerárquicos para corregir los aspectos vulnerables.
- Destinan recursos para mejorar la seguridad en forma sostenida.

En otras palabras, se habrá producido el cambio cultural necesario para que MSCF sea una política institucional cuando las creencias, valores, códigos éticos-morales e ideologías acerca de la atención de la madre, el RN y su familia compartan todas las características de las organizaciones descriptas anteriormente, sin descuidar los aspectos relacionados con la promoción y protección de los derechos tanto de los usuarios como de los prestadores de los servicios²⁴.

El cambio de la cultura de una organización supone un proceso lento, gradual y de progresiva aceptación por parte de todos los miembros del equipo de salud y, en particular, de los líderes formales (autoridades de la institución) e informales (profesionales sin autoridad formal pero ampliamente reconocidos por la mayoría de sus pares y colegas).

24. Pueden encontrar más información y herramientas para el cambio hacia búsqueda del error centrado en el sistema en la publicación de UNICEF *El Análisis Causa-Raíz [ACR]. Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales*. Disponible en <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia-ACR-Baja.pdf>.

TABLA 2. Supuestos en que se basan las dos aproximaciones para el manejo del error en medicina.

SUPUESTO	CENTRADO EN LA PERSONA	CENTRADO EN EL SISTEMA
Sobre el error	Todas las personas cometen errores, pero una es la culpable.	Todas las personas cometen errores.
Sobre la responsabilidad	Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas en factores individuales que impidieron una conducta acertada.	Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas y corregidas en el sistema.
Sobre los factores que operan o determinan el error	Los errores están relacionados con aspectos del trabajo de las personas como: <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento intencionado. • Distracciones o lapsus. • Ejecución incorrecta de procedimientos. • Problemas de comunicación. • Decisión personal de correr un determinado riesgo. • Falta de formación y/o entrenamiento. • Cansancio (especialmente durante las guardias). 	Los errores están relacionados con las condiciones de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo. • Escasa remuneración. • Falta de tiempo protegido para la actualización de conocimientos. • Escaso o nulo incentivo para mejora del desempeño. • Pérdida de autonomía para la toma de decisiones. • Ambientes no seguros (edilicios, insumos, cantidad de recursos humanos). • Sobrecarga de trabajo: cantidad de pacientes a cargo y el tiempo que se le puede dedicar a cada uno. • Falta de personal.
Sobre la notificación	El temor al castigo personal físico (la cárcel), psicológico (el desprestigio) y económico más que un estímulo para la prevención son un estímulo para el ocultamiento.	Los sistemas que operan en situaciones de alto riesgo y tienen baja tasa de eventos adversos (como la aviación o las plantas nucleares) ofrecen modelos útiles para la notificación del error.
Sobre el tratamiento del error	Es muy importante entender cuáles fueron las causas de las fallas e identificar a sus responsables.	No es tan importante entender cuáles fueron las causas de las fallas, sino que es mucho más importante reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron.

PASO 1 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.

1. La implementación de este paso busca que tanto las autoridades como el equipo de salud reconozcan el concepto MSCF como una política institucional.

Se considera que una institución adopta el concepto MSCF como política institucional cuando existe convencimiento y compromiso explícito de sus autoridades para la implementación del modelo, el cual se traduce en la existencia de consenso y la asignación de los recursos humanos, financieros y edilicios necesarios para la transformación de la maternidad en una MSCF.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO PROPUESTO PARA EL PASO 1

Para el desarrollo de actividades que contribuyan a la modificación de la cultura organizacional, y la adopción del concepto MSCF como política institucional es necesario considerar las barreras que operan en cada maternidad.

Las experiencias previas muestran que una de las principales barreras para alcanzar este objetivo es el desconocimiento de la iniciativa por parte del personal de la institución, y la necesidad de involucramiento de *todos* los miembros del equipo de salud. Debe señalarse que la adopción del modelo MSCF no es propiedad intelectual de ninguna persona o grupo de trabajo pero sí, necesariamente, compromete a toda la institución. No involucra solo a los profesionales, sino a todos los integrantes de la maternidad.

Si bien cada maternidad deberá considerar las barreras propias que operan en la adopción del concepto MSCF como política institucional, existe una serie de actividades que se consideran de cumplimiento necesario para el logro de los objetivos del paso 1.



1.1.A. Caracterizar la cultura organizacional de la maternidad: describir los conocimientos, las percepciones y las prácticas de los equipos de salud relativas a la iniciativa MSCF, e identificar los factores que facilitarían (facilitadores) y obstaculizarían (barreras) la implementación de la iniciativa MSCF. UNICEF dispone de una batería de instrumentos que fueron desarrollados en base a la experiencia del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina. Con la colaboración y asistencia técnica del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) estos instrumentos se están adaptando, validando e implementando en las maternidades que están incluidas en el marco de los acuerdos que UNICEF tiene con los ministerios de salud provinciales. Dentro de esta actividad, el CEDES desarrolla un estudio sobre la cultura institucional de las maternidades, focalizándose en los servicios de obstetricia y neonatología que incluye: a) encuesta individual, autoadministrada y anónima aplicada a las y los integrantes de los equipos de salud de cada servicio; b) entrevista individual con el director/a de la institución hospitalaria para solicitar su autorización y aplicar una guía de entrevista sobre la cultura institucional a los actores clave entre los cuales ellos están incluidos; c) reunión de presentación del estudio a la que se invita a las y los integrantes de los servicios de neonatología y obstetricia; d) distribución del formulario de la encuesta a través de la referente de la iniciativa MSCF de la institución; e) llenado de la encuesta y su depósito en urnas selladas, especialmente confeccionadas para tal fin. Toda la información es procesada bajo estrictos criterios de confidencialidad y compartida con las autoridades provinciales y hospitalarias.

Hasta el momento, la experiencia de trabajo de CEDES-UNICEF en la caracterización de la cultura para la implementación de MSCF como política institucional ha permitido convalidar las actividades propuestas en la primera edición de la guía MSCF y sintetizar las lecciones aprendidas:

I. El diagnóstico institucional es crítico para evaluar la factibilidad del cambio y las estrategias para promoverlo, sostenerlo y evaluarlo. El acercamiento a la historia, la trayectoria y los actores clave de una institución o servicio permite comprender el contexto en el que se va a intervenir.

Las experiencias de la institución y sus actores, sus expectativas, motivaciones e intereses son determinantes del clima institucional que se genera para facilitar u obstaculizar una intervención que se propone como innovadora. Se requiere asimismo relevar la posición relativa de los actores en el marco institucional y normativo para identificar y potenciar las ventanas de oportunidad de los cambios propuestos.

- II. El acuerdo de las autoridades y el cumplimiento de los compromisos asumidos son clave para legitimar el cambio.** Es recomendable que los objetivos del cambio y el proceso mismo se enmarquen dentro de una política institucional destinada a promover la adopción de normas y prácticas bajo determinados principios. Para eso, la aprobación de las autoridades, su convencimiento sobre la contribución de la intervención para la consecución de los objetivos propuestos y su compromiso con facilitar los mecanismos institucionales deben ser logrados como paso inexcusable.
- III. La conformación de un grupo que lidere e identifique procedimientos al interior de la institución es necesario para promover un cambio.** Se requiere, por un lado, entender las dinámicas de las decisiones, alianzas y liderazgos para fortalecer un grupo representativo que pueda adoptar la intervención y favorecer su institucionalización. Por el otro, y al mismo tiempo, se debe favorecer la construcción de consensos sobre los procedimientos y las rutas críticas para estandarizar procesos, mejorar la eficiencia, evitar las discrecionalidades y eventualmente favorecer la replicación e institucionalización de los cambios.
- IV. El tiempo y el acompañamiento externo suelen ser críticos para permitir la transición hacia la institucionalización de la práctica.** Los beneficios y potencialidades de una intervención innovadora requieren de tiempo para que los actores los identifiquen y comprendan, se familiaricen con ellos, los adapten y adopten como parte de la actividad cotidiana y la cultura institucional y grupal. A su vez, el seguimiento y monitoreo de un grupo extrainstitucional, guiado por el respeto y la transparencia, suele ser un aporte convalidado que permite fortalecer los aspectos identificados como

débiles y remover eventuales obstáculos normativos, culturales, actitudinales y operativos.

- V. **Una política de reconocimiento y estímulos para el cambio favorece la adopción de una intervención.** El reconocimiento del cumplimiento de determinada práctica significa haber dispuesto los mecanismos para el seguimiento y diseñado trazadores sensibles que den cuenta de ese cumplimiento. Si el seguimiento se hace bajo una política de incentivos para el cumplimiento, puede establecerse un círculo virtuoso donde el equipo se ve reconocido en su accionar y se predispone mejor para sostener el cambio e introducir nuevos.

1.1.B. Creación del consenso entre las principales autoridades de la institución respecto de la importancia de implementar el modelo y adherir al marco legal que rige la atención perinatal.

- Realización de **actividades de difusión y diseminación** de los ejes conceptuales y de los principios del modelo MSCF dirigida a los responsables de conducción y al Consejo Técnico Ampliado con representantes de todas las áreas, que serán brindadas por profesionales con experiencia en la implementación en maternidades con probada trayectoria en MSCF. Estas actividades incluyen la realización de talleres con el equipo de salud, en los cuales se explicará la fundamentación legal nacional e internacional del modelo²⁵ y se distribuirán materiales relevantes, como la versión resumida de la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia* y este manual.
- Preparación de un acta de compromiso de posible cumplimiento, que incluya los objetivos que se plantea la institución para su transformación y para la adopción del modelo MSCF, y que avale las reivindicaciones postergadas, propias de nuestros hospitales (obras edilicias, nombramientos, equipamiento...).

25. Larguía et al., ob. cit., cap. "Gestión de recursos financieros" (Esnaola, F.), págs. 66-71. www.funlargaia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles.

1.1.C. Asignación de recursos humanos para que la institución pueda llevar adelante el proceso de transformación.

Supone la designación **formal** de un equipo de trabajo multidisciplinario capaz de liderar el proceso de transformación, con un **fuerte aval** por parte de las autoridades de la institución y de los servicios involucrados.

La implementación del modelo MSCF solo es posible mediante la coordinación de las acciones por los profesionales pertenecientes a los distintos servicios, en especial quienes están directamente involucrados con la implementación de la iniciativa (neonatología, ginecología y obstetricia) y otros, como enfermería, obstétricas, salud mental, asistencia social. Este equipo debe estar **formalmente constituido**, lo que implica que los miembros del equipo han sido designados por los jefes del servicio y que se reconocen las actividades que realizan (cuentan con tiempo asignado específicamente a las actividades para la implementación del modelo o tienen reconocimiento monetario).

Las actividades del equipo deberán estar lideradas y organizadas por un coordinador, quien deberá contar con experiencia y capacidad para el manejo del trabajo grupal. Tendrá un conocimiento profundo del modelo MSCF y de los pasos e intervenciones necesarias para la implementación del componente MCF, así como del perfil y de las habilidades de cada uno de los integrantes del grupo.

El coordinador será responsable de **interactuar** con las autoridades de la institución y de informarles acerca de los avances y necesidades del proyecto; gestionar los recursos para su implementación, y **difundir y diseminar** el modelo a los jefes de los principales servicios involucrados.

Para facilitar el proceso de trabajo grupal, el coordinador deberá pautar con los restantes integrantes las reglas operativas que permitirán un funcionamiento más adecuado del equipo MSCF.

Durante todo el proyecto, el coordinador deberá: a) interactuar con los miembros individuales del equipo; b) asegurarse de que el grupo tenga la información relevante y los recursos requeridos; c) proporcionar a todos los miembros la oportunidad de contribuir; d) gestionar los tiempos pautados para el cumplimiento de las consignas.

A su vez, en las reuniones del grupo, deberá: a) moderar las discusiones según la agenda; b) mantener el debate focalizado y evitar la interrupción por conversaciones secundarias así como la dominancia de algunos miembros; c) animar una discusión constructiva, sin forzar acuerdos; d) facilitar el consenso; e) resumir los puntos y las decisiones principales del debate.

Para conformar el equipo, se propone:

- I. **Constitución del equipo MSCF:** selección, por parte de las autoridades de la institución, de un grupo de personas **motivadas** provenientes de distintas disciplinas, cuya participación es necesaria para la implementación del modelo, sin exclusiones de origen y avaladas por las respectivas jefaturas.
- II. **Presentación de la propuesta por parte del equipo MSCF a otros comités y profesionales de la institución:** una vez conformado el equipo, este deberá presentar el modelo y solicitar la colaboración del Comité de Docencia e Investigación, del Comité de Ética, del Comité de Calidad, del Comité de Seguridad, de la Asociación de Profesionales y de otros representantes relevantes.

1.1.D. Asignación de recursos financieros y edificios para que sea posible la implementación de las actividades necesarias para el proceso de transformación.

Las autoridades y el equipo MSCF que liderará la transformación de la maternidad deberán realizar una evaluación y una propuesta respecto de los recursos financieros y edificios que requerirá la implementación de las actividades.

Esta propuesta debe contener aspectos como la reasignación de recursos preexistentes, con un plan “maestro” que defina prioridades (mejoras edilicias, RM, espacios para educación para la salud, etc.). Debe comprometerse la participación de la comunidad local²⁶. El principio rector es: *El área materno-infantil debe parecerse lo menos posible a un hospital.*

26. Larguía et al., ob. cit., págs. 30-32. www.funlargaia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles.

Asimismo, deberán revisarse las reformas edilicias en virtud de las necesidades planteadas por el modelo y considerando los resultados de la evaluación basal en el marco del modelo MSCF.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PASO 1

- Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades promoviendo una cultura del error **centrada en el sistema**, que promueva la seguridad del paciente respetando los derechos no solo de los usuarios madre, RN, familia y comunidad, sino también los de los equipos de salud.

PASO 2 | Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el CPN.

Toda MSCF facilita la asistencia al CPN mediante diversas estrategias que priorizan la participación de la embarazada y su familia, la educación para la salud y la protección de los derechos de la embarazada, tanto durante la consulta como en su preparación para la maternidad.

La inclusión de la comunidad es esencial para facilitar a las mujeres y a sus familias la comprensión y la articulación de sus necesidades de salud. En este sentido, la educación comunitaria debe alentar a las familias y a los individuos a la búsqueda de servicios de salud de confianza y sin demora.

Durante el embarazo y especialmente en el momento del nacimiento, cualquier mujer puede desarrollar complicaciones con compromiso vital que requieran tratamiento por personal altamente calificado. Dado que no hay manera confiable de predecir qué mujeres desarrollarán estas complicaciones, es esencial que todas tengan acceso a atención obstétrica segura y de alta calidad durante el embarazo, y muy especialmente durante e inmediatamente después del parto.



Ser asistidas en una maternidad que cumpla las condiciones obstétricas y neonatales esenciales es un derecho de las madres, sus familias y la comunidad a la que pertenecen.

La disponibilidad de servicios de calidad no producirá las mejoras de salud deseadas si las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades no tienen posibilidades de mantenerse sanos, de tomar decisiones saludables y de actuar en consecuencia.

PASO 2 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.

1. Facilitar el acceso de la embarazada al CPN.
2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del CPN, que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija.

Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

3. Empoderar a las mujeres y a sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable de la realización del CPN.

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

5. Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación de la lactancia materna promovidas por la iniciativa HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL PASO 2

Objetivo 1

Para facilitar el acceso de la embarazada al CPN, se recomienda:

2.1.A. Implementación de un sistema de turnos programados: la posibilidad de concertar una cita, con mínima espera, aumenta la chance de concurrencia oportuna al CPN dado que es más probable poder combinarlo con las obligaciones familiares y/o laborales de las mujeres.

2.1.B. Realización de la evaluación de riesgo inicial y citación por parte de una obstétrica: la entrevista de admisión debería ser realizada por una obstétrica, quien, sobre la base de la guía de práctica clínica vigente en el centro, evaluará las características de la mujer y su familia y establecerá el riesgo basal. Con esta información, y basándose en los datos obtenidos del SIP (Sistema Informático Perinatal), la obstétrica citará a la mujer, evitando así tiempos de espera prolongados, en particular en embarazadas de alto y/o moderado riesgo.

2.1.C. Ampliación de la franja horaria de atención en caso de que hubiera horarios restringidos: la posibilidad de asistir a la consulta a la mañana y a la tarde facilita que la embarazada acceda al CPN.

2.1.D. Creación o mantenimiento de un Hospital de Día: el manejo del embarazo de alto riesgo en un área especializada en cuidados ambulatorios permite la evaluación de la mujer, del estado de su embarazo y las probables patologías, y del bienestar fetal, de manera integral, exhaustiva y en el mínimo tiempo posible.

Para los servicios de maternidad de alta complejidad y elevado número de partos, es deseable que existan áreas de Hospital de Día para embarazadas, con el fin de concentrar estudios de diagnóstico y/o tratamiento. Esta modalidad de atención evita internaciones innecesarias, facilita la permanencia de las mujeres con sus familias y minimiza el discomfort vinculado con la separación de su entorno más cercano; por otra parte, el contacto más estrecho con el núcleo familiar de la embarazada aumenta su aceptación de las características especiales y del riesgo del embarazo en curso.



El Hospital de Día constituye una alternativa en el seguimiento de las siguientes patologías: restricción de crecimiento, hipertensión, diabetes, síndrome antifosfolípido y toda patología que a consideración del equipo no requiera finalización electiva inmediata, sino evaluación cuidada.

La permanencia de la mujer en el Hospital de Día es una oportunidad valiosa para la educación orientada a los cuidados de salud requeridos especialmente en estos grupos de pacientes. Es claro, asimismo, el beneficio del empoderamiento de las mujeres y sus familias para conseguir un cuidado seguro del embarazo de alto riesgo; ellos, con la información suficiente, son los mejores monitores de los cambios no fisiológicos del embarazo que aumentan los riesgos potenciales. En la tabla 3 se presentan las características básicas que debe reunir el Hospital de Día.

TABLA 3. Características básicas que debe reunir el Hospital de Día

- Se espera que la paciente concurra en forma programada a la mañana, se realice los estudios complementarios, reciba educación sobre la patología y se retire con la evaluación completa por la tarde.
- Las plazas serán de 0,5 a 1 cada 1.000 partos. Estas plazas pueden ser camas o sillones confortables, ubicados dentro del servicio de obstetricia.
- Debe contar con acceso a sanitarios y garantizar un servicio de comida a las embarazadas que asisten para control.
- No requiere equipamiento especial, pero debe tener asignado personal médico y de enfermería que, entre otras tareas, controle a las embarazadas y acceda a los resultados de los métodos complementarios de diagnóstico (laboratorio, ecografía, doppler, entre otros).

2.1.E. Adecuación de los espacios dentro de la maternidad para facilitar y hacer más confortable la espera de la embarazada.

- **Salas de espera confortables:** implica contar con asientos suficientes para las mujeres y sus acompañantes, baños para hombres y mujeres en número adecuado y con limpieza frecuente, temperatura ambiente acondicionada según la época del año, televisores que transmitan mensajes de educación para la salud y actividades programadas para amenizar la espera.
- **Áreas de juego para niños y guardería:** un número importante de mujeres no tienen con quién dejar a sus otros hijos y, por eso, no concurren al CPN, o los llevan consigo dificultando su atención.
- **Consultorios adecuados:** deben ser amplios, no compartidos, con sillas para la mujer y su acompañante. Deben resguardar la privacidad y la dignidad de la mujer evitando que quede a la vista de otras personas mientras es revisada. Se debe contar con sanitarios dentro del área de la consulta.
- **Otros servicios:** es importante brindar acceso a otros servicios, como por ejemplo la cafetería o la biblioteca.

Objetivo 2

El equipo MSCF de la institución debe realizar actividades (talleres, generación de espacios de reflexión, observación y devolución) con los miembros del equipo de salud responsables del CPN, que contribuyan a la adopción de conductas fundadas en el respeto de los derechos de la embarazada y su hijo o hija. Debe darse especial importancia al trato amable y respetuoso, al derecho a la privacidad y al acompañamiento de la embarazada en sus controles, y en el momento de ser admitida en el hospital para el parto.

2.2.A. Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija: en estas actividades debe enfatizarse la importancia de que la atención sea personalizada, recordando que los verdaderos protagonistas de cada encuentro son las mujeres y sus familias. Toda interacción con las familias debe comenzar con la presentación del proveedor sanitario que la lleva a cabo, el lugar que ocupa en el cuidado de la salud de esa mujer y, si no es la persona que

habitualmente desarrolla esa tarea, se debe dar a conocer el motivo (por ejemplo: “Hoy la atiendo yo porque el doctor López está en otro lugar del hospital”).

La información debe ser clara, suficiente y adecuada en contenido para la familia. Toda indicación debe ser provista en forma verbal y escrita, para facilitar su comprensión y su cumplimiento. Debe repreguntarse sobre la comprensión, especialmente en el caso de que se estuviera indicando medicación (droga, dosis, vía de administración, eventos adversos relacionados, interacciones, periodicidad y duración del tratamiento), con el objetivo de proporcionar barreras que disminuyan la ocurrencia de eventos adversos en el uso de medicación.

Deben evitarse situaciones como atender de manera impersonal, no presentarse por el nombre, conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos, no respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras mujeres o acompañantes. Se debe tratar a las mujeres y sus acompañantes con el máximo respeto, aceptando sus pautas culturales.

Es obligación del agente sanitario derribar las barreras idiomáticas y nivelar la asimetría de información existente en él y las familias. Se debe indagar sobre posibles situaciones personales que preocupen a la mujer, sobre sus sentimientos y/o cualquier necesidad especial que tenga durante el embarazo.

2.2.B. Implementación del acompañamiento durante el CPN: estar acompañadas durante el control prenatal es un derecho de las mujeres y de sus hijos. Es poca la evidencia disponible sobre el valor de un acompañante en el CPN. Sin embargo, es claro el beneficio para la prevención de los errores latentes del sistema cuando hay un tercer participante en el momento en que se explican los pasos a seguir, la forma de prescripción, la dosis y los requerimientos especiales de los cuidados indicados. El mensaje recibido por dos personas minimiza la posibilidad de eventos adversos vinculados con la medicación, el bienestar fetal y la oportunidad de concurrencia a los servicios de emergencia.

La mujer y sus familias sin duda tienen interés en reducir el riesgo para sí mismas y para sus hijos e hijas. El hecho de estimular (sin forzar) la presen-

cia de quien la mujer elija, para que la acompañe durante los procedimientos obstétricos o ginecológicos habituales en el CPN, seguramente reducirá sus miedos y empoderará a su familia.

Existen a menudo largas esperas para obtener un turno para que la embarazada sea atendida o para realizar un estudio, lo que contribuye significativamente a la ansiedad de las mujeres. La frustración y la sensación de desamparo son inevitables, sumadas al enojo contra los servicios de salud. Estas dificultades pueden reducirse al permitir la presencia de un acompañante.

2.2.C. Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres adolescentes: las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por parte de un equipo multidisciplinario.

2.2.D. Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres de RN especiales (que presenten anomalías genéticas y congénitas), de especial importancia por el impacto psicosocial que puede tener en la pareja.

Objetivo 3

Empoderar a las mujeres y sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.

2.3.A. Realización de actividades de educación para la salud durante la espera de la embarazada: tanto en la consulta como en la sala de espera (por ejemplo, con videos, personal entrenado, folletos) se debe ofrecer información acerca de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, sobre los signos que deben motivar una consulta no programada y sobre aquellos que ameritan una consulta de guardia.

Además, el CPN es una excelente oportunidad para brindar información específica sobre lactancia materna, asesoramiento en procreación responsable y prevención de infecciones de transmisión sexual (en especial, VIH/SIDA) y sobre violencia familiar.



En numerosas ocasiones el CPN es el único contacto de las mujeres en edad fértil con el servicio de salud; por ello, esta oportunidad educativa debe ser aprovechada al máximo.

2.3.B. Realización de actividades de educación para la salud durante la entrevista de CPN: en esta ocasión, la embarazada debe recibir información específica sobre prácticas que previenen la aparición de enfermedades que ponen en riesgo su salud y la de su hijo o hija, la procreación responsable y la preparación para la maternidad.

Estos cursos deberían dictarse en horarios razonables, amplios y accesibles, incluyendo —en la medida de las posibilidades— un horario disponible en un día sábado. Allí, la embarazada y su acompañante deben encontrar información clara, suficiente y adecuada sobre el embarazo, el parto y el puerperio, también entrenamiento en la detección de los signos de alarma. Esto aumentaría su satisfacción a lo largo de todo el proceso, e incrementaría su conocimiento de los motivos de consulta urgente a la guardia, disminuyendo el miedo a lo desconocido. La duración del curso debe ser definida por el equipo, la recomendación para Latinoamérica es de entre 3 y 4 horas.

En particular, toda embarazada debe ser aconsejada sobre:

- **La prevención de infecciones de transmisión sexual y los riesgos asociados al uso de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo.**
- **La importancia y los métodos de procreación responsable:** todas las embarazadas deben ser informadas sobre la importancia de la consulta preconcepcional, el derecho a decidir el momento de un nuevo embarazo y las alternativas de anticoncepción que mejor se ajusten a sus condiciones clínicas, personales y culturales.
- **La preparación para la maternidad/paternidad:** todas las embarazadas y sus parejas deberían ser acompañadas por el equipo de salud para una preparación integral para la maternidad/paternidad, promoviendo el intercambio de saberes con enfoque de género y derechos, y respetando sus creencias y prácticas culturales.

Objetivo 4

Fortalecer el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo responsable del CPN en la maternidad.

2.4.A. Implementación de prácticas efectivas, basadas en la evidencia, durante el CPN: el equipo MSCF debe fortalecer la adopción de prácticas efectivas sustentadas en la evidencia científica por parte del equipo de salud a cargo del CPN; por ejemplo, el consejo a la embarazada acerca de la alimentación adecuada, los riesgos según el tipo de actividad laboral, la prevención de enfermedades sistémicas (HTA, diabetes), la prevención de anemia e infecciones de transmisión sexual, y los riesgos que conlleva el uso de tabaco, alcohol o drogas. Existe clara evidencia sobre el riesgo que representa el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para la salud de la madre y de su hijo o hija. La consejería a la embarazada es una parte esencial del CPN. En la tabla 4 se presentan las prácticas del CPN y el momento en el que se recomienda su realización. El CPN tiene contenidos específicos a diferentes edades gestacionales para detectar precozmente desvíos de la normalidad durante el embarazo que permitan la intervención oportuna, así como contenidos de prevención y educación para la salud y el cuidado de la embarazada y del bebé antes y luego de nacer. La sistematización del proceso de atención es básica para una atención segura. Todos los servicios deben contar con guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible, adecuadas localmente y en un todo de acuerdo con los valores de la comunidad a la que sirve.

2.4.B. Promoción de la atención del embarazo de bajo riesgo a cargo de obstétricas: los controles prenatales en los embarazos de bajo riesgo deben ser efectuados por las obstétricas. Estas profesionales son las más idóneas para la atención del embarazo normal y están capacitadas para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada.

Según una revisión sistemática Cochrane, las mujeres se muestran más satisfechas con la atención proporcionada por una partera o por un médico generalista que con la de tocoginecólogos, aunque en ambos casos la efectividad clínica es similar.

TABLA 4. Contenidos del CPN en el embarazo normal.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE EL CONTROL PRENATAL					
	1º VISITA 1º TRIMESTRE	22-24 SEMANAS	27-29 SEMANAS	33-35 SEMANAS	38-40 SEMANAS
Historia clínica. Confirmación del embarazo	•				
Evaluación de riesgo	•	•	•	•	•
Detección de conductas de riesgo (tabaco, drogas, violencia) y asesoramiento	•	•	•	•	•
Examen clínico completo	•				
Examen odontológico	•				
Grupo sanguíneo y factor RH	•				
Indicación de cuidados y nutrición	•	•	•	•	•
Cálculo de amenorrea	•	•	•	•	•
Peso corporal	•	•	•	•	•
Talla	•				
Examen ginecológico. Pap y Colpo	•				
Suplementación de hierro y ácido fólico	•	•	•	•	•
VDRL	•		•		•
Chagas	•				
VIH	•			•	
Hepatitis B	•			•	
Toxoplasmosis (muestras pareadas). Si es negativa, indicar profilaxis. Si es (+) no repite Si ant (-) para ver seroconv.	•		•		•

	1º VISITA 1º TRIMESTRE	22-24 SEMANAS	27-29 SEMANAS	33-35 SEMANAS	38-40 SEMANAS
Estudio para detección de estreptococos grupo B (screening para EgB)				35-37 semanas	
Detección de vaginosis	•		•		
Hemoglobina	•			•	
Orina completa	•				
Urocultivo	•		•		
Glucemia en ayunas	•				
Detección de diabetes gestacional		•		•	
Altura uterina	•	•	•	•	•
Frecuencia cardíaca fetal	•	•	•	•	•
Control de tensión arterial	•	•	•	•	•
Vacunación antitetánica		•		•	
Vacunación antigripal	En cualquier trimestre				
Ecografía	•		•		•
Educación para detectar signos y síntomas de alarma	•	•	•	•	•
Detectar embarazo múltiple	•			•	
Diagnosticar presentación pelviana					•
Examen de mamas y preparación para la lactancia	•	•	•	•	•
Preparación para la maternidad		•	•	•	•
Evaluar capacidad pelviana y proporción céfalo-pélvica					•
Electrocardiograma y evaluación prequirúrgica					•
Asesoramiento en salud sexual y reproductiva. Anticoncepción		•	•	•	•

Objetivo 5

Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación de la lactancia materna promovida por el HAMN.

2.5. Capacitación al equipo de salud responsable del CPN sobre los beneficios de la lactancia materna, de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN. El equipo MSCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que informen a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN. Estas actividades pueden ser delegadas en los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MSCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo del CPN.

Durante la espera y la entrevista de CPN, la embarazada debe recibir información específica sobre la lactancia materna, para favorecer su apropiada preparación, y prevenir complicaciones que pudieran surgir por desconocimiento de las técnicas adecuadas de amamantamiento. Si bien otras intervenciones complementarán la información que reciba la madre en el CPN, estos encuentros representan oportunidades para reforzar el mensaje, o para aclarar las dudas o inquietudes que pudieran tener las madres, en particular las primerizas.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PASO 2

- Aumento de la concurrencia al CPN en los centros de atención primaria del área programática correspondiente a la maternidad.
- Inicio precoz (primer trimestre) del CPN.
- Aumento de la satisfacción de las mujeres y sus familias, en lo que respecta al cuidado recibido durante el CPN.
- Aumento de la satisfacción de los proveedores, que valorizan el propio trabajo, al reconocerse como partícipes importantes en la vida de cada una de las familias que asisten. Se evita o se modera, de esta forma, el desgaste emocional mejorando la seguridad del sistema.

- Participación de la comunidad, al empoderar a cada uno de sus miembros. Esto permite que cada familia difunda la información y que, al conocer sus derechos, pueda defenderlos y reclamarlos si fuera necesario.
- Incremento del uso de prácticas recomendadas durante el CPN.

PASO 3 | Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.

La atención del parto normal en MSCF presupone un proceso de empoderamiento de las madres, su familia y el equipo de salud para el embarazo, el trabajo de parto y el parto, en el que se tienen en cuenta no solo los aspectos médicos y biológicos sino también los factores sociales, familiares y culturales que determinan su evolución.

PASO 3 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.

1. Adecuar las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF y la adopción de conductas, por parte del equipo de salud, que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y su bebé durante el trabajo de parto y el parto o la cesárea.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

2. Adecuar los ambientes hospitalarios para garantizar condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas.

3. Promover, en los miembros del equipo de salud de la maternidad, la atención del parto de manera segura y centrada en la familia.

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

4. Fortalecer la implementación de prácticas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna promovida por el HAMN.



ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL PASO 3

Objetivo 1

Adecuar las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF y la adopción de conductas por parte del equipo de salud que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y su bebé durante el trabajo de parto y el parto o la cesárea.

3.1.A. Adecuación de las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF: para cumplir el paso 3 del modelo MSCF la estructura edilicia de la maternidad debería reunir ciertas características. Las salas TPR (Trabajo de Parto, Parto y Recuperación) son una alternativa a las salas de trabajo de parto convencionales, ya que facilitan el ingreso de la familia; además, en ellas es posible la utilización de tecnología de apoyo en el momento requerido. Son salas de internación individuales que permiten la atención durante el trabajo de parto, el parto y la recuperación luego del nacimiento, con intervenciones mínimas durante el trabajo de parto en mujeres consideradas de bajo riesgo.

3.1.B. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante el trabajo de parto y el parto o cesárea, sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y su bebé.

En particular, en esta etapa de la atención el equipo MSCF debe promover que el equipo de salud garantice:

- El trato respetuoso y amable hacia la madre y el respeto de su privacidad.
- El respeto al derecho de la madre a elegir la posición en la que desea permanecer durante el trabajo de parto y el parto. Se debe incentivar que las mujeres adopten la posición que les resulte más cómoda durante el trabajo de parto y el parto, ya que esta medida reduce el dolor y genera más satisfacción para la madre.

- El acompañamiento de la madre durante el trabajo de parto y el parto por un familiar o por la persona de su elección (considerando eventualmente la participación del voluntariado).
- La permanencia de la madre junto a su bebé.
- La contención emocional de la madre y la comunicación de información sobre el estado de su hijo o hija de manera precisa y oportuna.

Objetivo 2

Adecuar los ambientes hospitalarios para garantizar condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas.

3.2. Adecuación de los ambientes de la maternidad para garantizar la atención de las emergencias obstétricas: todas las instituciones donde se produzcan nacimientos deben ser capaces de resolver las emergencias que puedan producirse tanto en partos normales como en partos patológicos, garantizando el cumplimiento de las condiciones obstétricas y neonatales básicas. En la tabla 5 se detallan las características esenciales de cada servicio y/o aspecto de la atención (OMS, 2010).

Un estudio²⁷ sobre 79.774 nacimientos publicado en 2011 concluyó que, si bien la incidencia de resultados perinatales adversos es baja en el embarazo de bajo riesgo en madres primerizas sin complicaciones evidentes al inicio del trabajo de parto, hay un aumento de estos riesgos en los nacimientos domiciliarios comparados con los que nacen en las instituciones. La incidencia de eventos adversos fue de 9,3 por mil en atención domiciliaria y de 5,3 por mil en instituciones. De las mujeres que eligieron atención domiciliaria el 14,2% requirió traslado a una maternidad antes del parto, y el 6,2% lo requirió en el postparto. Todas las mujeres y sus hijos e hijas tienen derecho a recibir una atención

27. Birthplace in England Collaborative Group Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2011; 343:d7400 doi: 10.1136/bmj.d7400 (Published 24 November 2011).



segura, esto implica la sistematización de procesos. En los nacimientos por cesárea, la implementación de una **lista de cotejo en quirófano** permite a las familias acceder a una atención más segura, ya que se han previsto —previo al ingreso a quirófano— todos los eventos adversos posibles (aspiración, pérdida de sangre, etcétera), se ha chequeado el instrumental, la profilaxis antitetánica y antibiótica y el equipo se ha presentado por su nombre. Luego se realiza el procedimiento planeado, se efectúa el conteo de gasas y se evalúa la derivación de la mujer al sector que su estado de salud requiera. El Ministerio de Salud de la Nación, por su resolución n° 28/2012²⁸, afirma que este instrumento debe ser usado en todo el país y debe ser entendido como la última barrera para evitar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con las cirugías.

Tabla 5. Características básicas de los servicios y/o aspectos de la atención del parto

- **Área quirúrgica y centro obstétrico:** tener capacidad para la realización de cesáreas, reparación de desgarros vaginales y cervicales, reparación de roturas uterinas, histerectomías, parto instrumental, y legrados uterinos.
- **Anestesiología:** contar con especialistas en anestesiología con capacidad para realizar anestesia general y regional.
- **Transfusión de sangre segura:** contar con banco de sangre y con la posibilidad de realizar grupo y factor RH.
- **Tratamiento de emergencia obstétrica:** tratamiento de shock, sepsis y eclampsia.
- **Asistencia neonatal inmediata:** recepción y reanimación cardiopulmonar neonatal.
- **Evaluación del riesgo materno y neonatal con derivación oportuna al nivel de complejidad adecuado.**

28. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 28/2012. Sistema Argentino de Información Jurídica: www.infojus.gov.ar.

Objetivo 3

Promover, en los miembros del equipo de salud de la maternidad, la atención del trabajo de parto y el parto de manera segura y centrada en la familia.

3.3. Capacitación al equipo de salud para que puedan brindar apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto, evitar la medicalización del parto y emplear intervenciones de probada efectividad y seguridad: el parto normal se define como aquel que inicia espontáneamente, de bajo riesgo, del cual nace un niño o niña de forma espontánea, con una edad gestacional entre las 37 y las 41.6 semanas. Luego de él, tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones. La participación de las madres y sus familias en la toma de decisiones respecto de temas vinculados con el nacimiento y el cuidado de sus hijos e hijas, respetando su privacidad y confidencialidad, debe ser considerada una prioridad por parte de todos los miembros del equipo de salud que participan en la atención.

Se considera que una institución promueve un parto seguro y centrado en la familia cuando el equipo de salud responsable de su realización practica el parto **no medicalizado, integral y basado en el uso de intervenciones beneficiosas** —avaladas por la mejor evidencia disponible—, teniendo en cuenta no solo las necesidades biológicas, sino también las **necesidades sociales y culturales de las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias**.

A fin de promover el parto seguro y centrado en la familia, el equipo MSCF debe evaluar las prácticas para la atención del trabajo de parto y del parto prevalentes en su institución, para determinar la brecha entre lo que se realiza y lo que se plantea como parto seguro y centrado en la familia, evaluar factores que facilitan la adopción de estas prácticas por parte del equipo de salud así como aquellos que la obstaculizan y, sobre la base de esta situación, planificar, implementar y evaluar la estrategia de cambio.



A continuación se detallan las 14 prácticas recomendadas para el manejo del trabajo de parto y del parto de acuerdo con el modelo MSCF.

- I. **Adecuado diagnóstico y evaluación inicial de la mujer en trabajo de parto:** se define como trabajo de parto la presencia de contractilidad uterina con una frecuencia de 3 contracciones en 10 minutos, con una duración de 30 a 90 segundos aproximadamente, acompañada de un borramiento en el cuello uterino mayor al 50% y una dilatación de entre 2 y 4 cm. Debe verificarse la integridad de las membranas ovulares y, en caso de ruptura, las características del líquido amniótico. Debe también auscultarse la frecuencia cardíaca fetal para constatar la vitalidad del bebé. Durante la recepción de la embarazada debe estimularse el ingreso de un familiar, para otorgar información acerca del estado de la madre y favorecer el acompañamiento en esta instancia. Al ingreso de la mujer debe confirmarse la edad gestacional en caso de que no hubiera una Fecha de Última Menstruación (FUM) confiable y/o ecografía precoz (antes de las 20 semanas). Al ingreso debe controlarse la tensión arterial, la temperatura axilar y el pulso cada 4 horas; también se debe confeccionar la historia clínica perinatal con la información aportada por el CPN y chequear la presencia de los resultados de serologías solicitadas durante el embarazo (VIH, VDRL, CHAGAS, Ags HB), a fin de aplicar medidas preventivas que eviten una posible transmisión congénita y neonatal.
- II. **Apoyo continuo durante el trabajo de parto:** históricamente, las mujeres han recibido acompañamiento y apoyo de otras mujeres durante el trabajo de parto. Sin embargo, debido a que la mayoría de las mujeres tienen a sus hijos en el hospital, el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto se ha convertido en una excepción en lugar de ser una práctica de rutina. Esto incluye el apoyo emocional, la información sobre el progreso del trabajo de parto, las técnicas acerca del control del dolor, la interlocución con el resto del equipo de salud. Dada su efectividad para mejorar el manejo del trabajo de parto y el parto, el apoyo continuo debería ser adoptado como una

práctica de rutina. Una revisión sistemática publicada en Cochrane en 2011²⁹, sobre el análisis de 15.061 mujeres, concluyó que aquellas que recibían acompañamiento durante el trabajo de parto y parto tenían más chances de tener un parto vaginal, requerían menos analgesia y reportaban menos insatisfacción. Además, el trabajo de parto fue más corto, tenían menos chance de cesárea o parto instrumental, o tener un bebé con Apgar bajo a los cinco minutos. En la Tabla 6 se sintetizan los elementos clave que el equipo MSCF debe considerar para promover y sustentar el apoyo continuo de la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Tabla 6. Elementos clave para brindar apoyo durante el trabajo de parto y el parto

- Tener una política institucional que favorezca el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.
 - Informar a las mujeres durante el CPN, sobre el derecho a ser acompañadas durante el trabajo de parto y el parto.
 - Respetar los deseos de la mujer, incluidas las posturas preferidas durante el trabajo de parto y el parto.
 - Mantener una actitud positiva y respetuosa desde el equipo de salud hacia el acompañante.
- III. **Permitir la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto:** no debe restringirse la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto si la mujer lo desea, ya que la aspiración de contenido gástrico durante la anestesia general es un evento muy infrecuente. La restricción de la ingesta de líquidos no tiene utilidad, y genera disconfort en las mujeres.
 - IV. **Evitar la venoclisis, los enemas y el rasurado perineal de manera rutinaria:** no existe indicación de colocación en forma rutinaria de venoclisis

29. Hodnett, E.D, Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. y Weston, J. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.

a las mujeres durante el trabajo de parto de bajo riesgo; esta práctica no aporta beneficios, interfiere el proceso natural y limita la posibilidad de caminar o de adoptar posturas libremente.

- V. Promover el uso de métodos analgésicos no farmacológicos:** las mujeres en trabajo de parto experimentan un rango variado de dolor y diferentes respuestas a él. La reacción individual al dolor puede ser influida por las circunstancias del trabajo de parto, por el contexto en que se encuentre la mujer, y por la preparación y el apoyo que reciba. El dolor también está condicionado por el tipo de inicio del trabajo de parto (espontáneo o inducido) y por las intervenciones médicas, como episiotomía o parto instrumental. Existen estudios que demuestran que el apoyo continuo intraparto reduce la probabilidad de necesitar analgesia en el parto. Algunas medidas, como la respiración, los masajes y la acupuntura, mostraron ser útiles para la reducción del dolor³⁰. Los métodos farmacológicos, como los opioides y la analgesia regional, son utilizados con gran efectividad para la reducción del dolor durante el trabajo de parto. La revisión sistemática que evaluó los efectos de la analgesia de parto en las madres y en los RN concluyó que la utilización de analgesia epidural presenta un mejor alivio del dolor y mayor riesgo de parto instrumental. La analgesia epidural no tuvo una repercusión estadísticamente significativa en el riesgo de cesárea, en la satisfacción materna con el alivio del dolor y en la lumbalgia a largo plazo, y no pareció tener un efecto inmediato en el estado neonatal, según la puntuación de Apgar. Por lo tanto, el empleo de analgesia para el alivio del dolor debe ser una práctica indicada en el contexto individual de la mujer durante su trabajo de parto³¹.
- VI. Controlar la vitalidad fetal durante el trabajo de parto:** el control de la vitalidad fetal siempre está indicado, lo que puede cambiar es la forma. Se debe efectuar auscultación fetal intermitente en todos los partos, ya que detecta alteraciones que pueden ser sugestivas de modificación de la vitalidad fetal. El monitoreo fetal electrónico continuo ha sido una técnica ampliamente utilizada

30. Hodnett, E. D., et al., 2006; Smith, C. A., et al., 2006.

31. Anim-Somuah, M., et al., 2010.

para el control de la vitalidad fetal durante el trabajo de parto, tanto en los embarazos de alto como en los de bajo riesgo. Numerosos estudios han evaluado la utilidad de monitoreo fetal intraparto en términos de resultados perinatales, tanto maternos como fetales. Los resultados indican que el monitoreo electrónico continuo no disminuyó la mortalidad perinatal, pero aumentó la tasa de cesáreas y de partos instrumentales en relación con la auscultación intermitente. Por lo tanto, el control de la vitalidad fetal en embarazos de bajo riesgo debe realizarse con auscultación intermitente, ya que el monitoreo electrónico en este grupo de mujeres aumentaría el riesgo de intervenciones innecesarias y no existe evidencia disponible que fundamente su utilización. La auscultación debe realizarse durante un minuto, cada 15 minutos, durante el primer estadio del trabajo de parto, y luego de cada contracción durante el período expulsivo.

- VII. Evitar el uso rutinario de amniotomía:** no existe evidencia que demuestre que la amniotomía temprana tenga beneficios durante el trabajo de parto en cuanto a su acortamiento; además, la rotura artificial precoz de las membranas puede producir la aparición de desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal, el aumento de la tasa de infecciones y el disconfort materno por aumento del dolor en presencia de las contracciones.
- VIII. Evaluación del progreso del trabajo de parto por medio del partograma:** el control de la evolución del trabajo de parto es importante para el diagnóstico de su progresión adecuada, ya que esto tiene implicancias en los resultados perinatales. En general se sostiene que el trabajo de parto se encuentra detenido cuando, luego de una hora en mujeres nulíparas y tres horas en mujeres múltiparas, en presencia de contracciones uterinas efectivas y en ausencia de desproporción fetopélvica, la dilatación permanece estacionaria y la cabeza fetal no ha descendido en el canal de parto. La forma de evaluar la progresión del trabajo de parto es por medio de la utilización del partograma, con sus curvas de alerta desarrolladas por el CLAP, la OPS y la OMS. El partograma marca el límite de evolución, y permite alertar en casos de enlentecimiento o falta de progresión del parto. Los estudios demuestran que el uso del partograma reduce el trabajo de parto prolongado, el número de cesáreas y las



complicaciones intraparto. Por lo tanto, el partograma es un recurso técnico necesario para detectar desviaciones anormales en la evolución del trabajo de parto y es adecuado para justificar intervenciones durante su progresión. Recientemente se ha publicado una revisión sistemática que cuestiona su utilidad por cuanto se recomienda evaluar, en el contexto local, su efectividad y mantenerse actualizado para continuar o no con su uso³².

- IX. Promover una adecuada evaluación de la mujer en período expulsivo:** en el segundo estadio del trabajo de parto las contracciones son más intensas y, en general, están acompañadas por la necesidad de pujar. Estos dos fenómenos activos del trabajo de parto (pujos y contracciones) son necesarios para el descenso y la rotación de la cabeza fetal en el canal del parto. Durante este período debe controlarse la frecuencia cardíaca fetal luego de cada contracción. En cuanto a la posición materna, muchos estudios sugieren que la posición semisentada o en decúbito lateral es más confortable, ya que refieren menos dolor y menor trauma perineal. Debe estimularse la presencia de la familia en este momento, ya que en los primeros minutos de vida el bebé permanece vigil y conectado con su entorno, lo que permite el primer contacto afectivo con sus seres queridos.
- X. Evitar el uso rutinario de la episiotomía:** la episiotomía es una incisión que se efectúa en el periné para ampliar el canal del parto durante el último período; se realiza con tijera o con bisturí, y debe ser reparada con sutura. La tasa de episiotomía ha aumentado en relación con la institucionalización del parto y su medicalización, aún sin evidencia de su efectividad. La episiotomía realizada en forma restrictiva presenta beneficios, como menor riesgo de trauma perineal posterior, menor necesidad de suturas y menores complicaciones en la cicatrización del periné. Sin embargo, el uso restrictivo se asoció con un riesgo mayor de trauma perineal anterior y no se encontraron diferencias en el riesgo de dispareunia e incontinencia de orina. Las **técnicas para la sutura de desgarros perineales** de primero y segundo

32. Lavender et al., 2009.

grado y para la episiotomía pueden ser dos: la **sutura continua** y la **sutura interrumpida**. La sutura continua sería la técnica más apropiada, ya que permitiría una distribución uniforme de la tensión en toda la línea de sutura y se asociaría con menor dolor en los 10 días posparto. En el caso de la sutura interrumpida, los puntos ajustados producirían mayor tensión y edema y se asociaría con mayor dolor local.

- XI. Promover el clampeo tardío del cordón:** el clampeo tardío del cordón umbilical luego del parto tiene efectos beneficiosos en los RN (incremento de los niveles de ferritina sérica, sin evidencia de un mayor riesgo de hemorragia posparto para la madre), según estudios realizados con calidad metodológica. Luego del nacimiento, el retraso del clampeo del cordón umbilical de 3 minutos o hasta que deje de latir permite el pasaje de sangre desde la placenta hacia el RN; durante esta espera, el bebé puede ser colocado en el pecho materno, lo cual favorece el primer contacto temprano, piel a piel, entre madre e hijo o hija, junto con la presencia del padre o de otro familiar en la sala de parto. Este contacto estimula también el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Existen situaciones en las que el clampeo tardío no está indicado:
- Madres RH negativas con prueba de Coombs indirecta positiva.
 - Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizarla.
 - Gemelos con placenta monoorial.
- XII. Promover el manejo activo del tercer período del trabajo de parto:** en el tercer período del trabajo de parto se produce la salida de la placenta y de las membranas ovulares. Luego del nacimiento se reduce el tamaño uterino gracias a la presencia de contracciones. Esto genera el plano de clivaje entre la placenta y el útero, que permite la separación entre ellos y facilita la salida placentaria. Durante este proceso se da el sangrado proveniente del útero, con potencial riesgo de hemorragia para la madre, siendo esta una de las principales causas de mortalidad materna³³.

33. Deis, 2009.



La hemorragia posparto se presenta con mayor frecuencia luego de un embarazo múltiple, polihidramnios, multiparidad, trabajo de parto prolongado y parto instrumental; sin embargo, la hemorragia en este período puede ocurrir también en mujeres con embarazos completamente normales.

Se recomienda el **manejo activo** del tercer estadio del trabajo de parto como medida profiláctica y universal para prevención, ya que reduce el 70% de las hemorragias posparto. En la tabla 7 se describen las intervenciones y maniobras básicas del manejo activo.

Luego del nacimiento se inicia la adaptación de la madre y del RN, debiéndose observar la adecuada retracción uterina, las características de las pérdidas y la evolución del periné.

TABLA 7. Características básicas del manejo activo

- Administración de ocitocina (10 UI de ocitocina inmediatamente después de la salida del hombro anterior o luego del nacimiento).
- La ocitocina se administra por vía endovenosa o intramuscular (IM). Esta es una práctica recomendada con el mejor nivel de evidencia y que reduce la hemorragia posparto, importante causa de mortalidad materna en nuestra región.
- Tracción suave del cordón umbilical.
- Masaje del fondo uterino.

XIII. Fortalecer el COPAP temprano con la madre: este contacto favorece el vínculo natural madre-hijo/a y facilita la iniciación de la lactancia materna antes de la primera hora de vida.

XIV. Asistencia inmediata del RN: según con la condición clínica del RN puede ser necesario realizar acciones especiales luego del nacimiento, como técnicas de reanimación cardiopulmonar o control de la adaptación posnatal en los bebés prematuros, que pueden requerir internación en

áreas de cuidados especiales neonatales. Si nada de esto ocurre, el RN debe continuar con su madre hasta su traslado al sector de internación conjunta, luego de que se haya realizado la identificación inequívoca del RN colocándole doble pulsera y clamp numerado a la madre y su hijo o hija, y los procedimientos de rutina recomendados, como vacunación contra hepatitis B, administración de vitamina K, higiene del cordón umbilical u otros, según situaciones o antecedentes maternos especiales.

Objetivo 4

Fortalecer la implementación de prácticas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna promovidas por el HAMN.

3.4. Capacitación del equipo de salud que brinda asistencia a la madre y al RN, sobre técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN: el equipo MSCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que puedan comunicar a las madres las técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN. Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el propio equipo MSCF o bien pueden ser delegadas en los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MSCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo del CPN.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PASO 3

- Sala de trabajo de parto y sala de partos, ambientadas de manera que faciliten el respeto de los derechos de las madres y sus bebés y, a la vez, garanticen las condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas.
- Las madres perciben que el equipo de salud respeta sus derechos esenciales durante el trabajo de parto, el parto y/o la cesárea.
- Se reduce la frecuencia del uso de prácticas no recomendadas durante el trabajo



de parto y el parto: episiotomía rutinaria, enemas y rasurado perineal, venoclisis y administración de ocitocina para la conducción del trabajo de parto en forma rutinaria, amniotomía precoz; así como la frecuencia de complicaciones asociadas.

- Aumenta el uso de prácticas recomendadas: acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, clampeo tardío del cordón umbilical, episiotomía restrictiva, manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto, contacto piel a piel temprano con la madre y asistencia inmediata del RN.
- Las actividades de promoción y mantenimiento de la lactancia materna se instituyen como prácticas de rutina y son llevadas a cabo por personal específicamente entrenado para la tarea.

PASO 4 | Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas, con la participación de la familia.

La internación conjunta de las madres con sus hijos o hijas recién nacidas sanas en salas grupales³⁴ es la primera acción necesaria para la implementación del modelo MSCF, por tratarse de la población internada más numerosa.

La interacción precoz y continua en el período crítico que sucede al nacimiento de las personas condiciona pautas de comportamiento recíproco favorables. El RN tiene mecanismos de comunicación esenciales para el establecimiento del necesario vínculo y apego entre padres e hijos. La internación conjunta madre-hijo sano, además de dar lugar a un vínculo-apego adecuado, permite la integración en comunidad con otros binomios para generar mecanismos de comunicación comprensibles por los códigos de lenguaje utilizados.

Esta propuesta de alojamiento conjunto posibilita las acciones de educación para la salud y la implementación de intervenciones como la promoción de la lactancia materna en el marco del HAMN. Transmitir contenidos grupalmente tiene mayor impacto, justamente por ser compartido, y un efecto multiplicador, por los aportes individuales o las preguntas que surgen de la audiencia.

³⁴. Entiéndase que las salas grupales se recomiendan en hospitales públicos o en instituciones que no pueden ofrecer habitaciones individuales con el necesario apoyo de los agentes de salud durante las 24 horas.

PASO 4 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, padre y su bebé.

1. Facilitar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, mediante un alojamiento conjunto de la púérpera con su bebé recién nacido sin interferencias, fortaleciendo así el vínculo y el apego entre ambos.

Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

2. Visita de los familiares en internación conjunta.
3. Ofrecer información a la familia en el marco de la educación para la salud, con un enfoque anticipatorio y preventivo.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Detectar situaciones de riesgo social sanitario, trastornos de salud mental, problemas de abuso de sustancias, violencia familiar, de género y/o de otro tipo, deserción escolar, e iniciar las intervenciones que correspondan (salud mental y servicio social).
5. Incrementar la detección temprana de patologías en RN y madres que permanecen en internación conjunta.

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

6. Establecer y lograr una lactancia materna exitosa de acuerdo con la iniciativa HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL PASO 4

Objetivo 1

Facilitar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, mediante un alojamiento conjunto de la púérpera con su bebé recién nacido sin interferencias, fortaleciendo así el vínculo y el apego entre ambos.

4.1.A. Adecuación de las salas de internación conjunta de acuerdo con el modelo MSCF: para la internación conjunta, las instituciones deben ofrecer una planta física con ambientación hogareña y con la infraestructura necesaria para garantizar el confort de quienes la utilicen, incluyendo baños y áreas de recepción.

Las comidas deben ofrecerse en la habitación o en las salas grupales, para no separar a las madres de sus bebés. Los exámenes médicos y los controles programados se efectuarán en la cuna del RN o en la cama de la madre, nuevamente con la idea de evitar innecesarias separaciones.

Cuando la internación conjunta se efectúe en salas grupales, se debe garantizar una atención respetuosa y continente de las necesidades afectivas de las madres, preservando su intimidad en el momento del examen físico. Cuando se deba realizar un examen genital, se deberá efectuar en un lugar físico anexo (consultorio) que garantice la privacidad. La condición de internación grupal no debe transgredir el derecho a la privacidad de las personas. Asimismo, se debe estar atento a los estados de ansiedad, angustia, o estrés de la mujer en las horas posteriores al nacimiento de su bebé, evaluando si traducen situaciones o procesos mentales complejos que requieren la atención de especialistas (depresión puerperal).

4.1.B. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante la internación conjunta sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y su bebé: mientras la mujer se encuentre en internación conjunta, el equipo MSCF de la institución debe promover la adopción de comportamientos y prácticas sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada o púérpera y de su bebé. En particular, en esta etapa de la atención el equipo MSCF debe promover que el equipo de salud garantice:

- El trato respetuoso y amable hacia la madre y el respeto de su privacidad.
- La permanencia de la madre junto a su bebé.
- La contención emocional de la madre y la comunicación de información sobre el estado de su bebé, de manera precisa y oportuna.

- El acompañamiento de la madre, en especial de aquellas a las que se les practicó cesárea, madres adolescentes y aquellas que poseen, por alguna razón, necesidad de ayuda constante, como por ejemplo, dificultades visuales o motoras. En estos casos, se les debe ofrecer la posibilidad de que cuenten con una acompañante que elijan, con derecho a permanencia continua, para que colabore en el cuidado de la púérpera y de su bebé.

Objetivo 2

La visita de la familia en Internación Conjunta (IC) es un derecho y, por ende, una obligación para el modelo MSCF.

4.2. Ofrecer, por lo menos, tres momentos de ingreso de la familia a la sala de IC, en aquellas maternidades que no ofrezcan un horario amplio para el ingreso de familiares. El primero por la mañana, para posibilitar la comunicación o información de la familia con los médicos de cabecera, obstetras y neonatólogos. El segundo, vespertino y extendido para el ingreso de la familia con todos sus representantes. El tercero, acotado, cerca de las 20 horas, para aquellos padres con obligaciones laborales.

Para el paradigma MSCF la meta es que el equipo de salud cambie la concepción de “visita de la familia” por la de las familias como “dueñas de casa” en la maternidad.

Objetivo 3

Ofrecer información a la familia en el marco de la educación para la salud, con un enfoque anticipatorio y preventivo.

4.3. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para que sea capaz de educar a la familia: luego de efectuado el examen del RN y de su madre y confirmada la normalidad de ambos, los agentes de salud responsables de esta tarea ofrecerán información sobre lactancia materna, planificación familiar y concurrencia programada (alta conjunta) a los consultorios externos.



Objetivo 4

Detectar situaciones de riesgo social sanitario, trastornos de salud mental, problemas de abuso de sustancias, violencia familiar, de género y/o otro tipo, deserción escolar, e iniciar las intervenciones que correspondan (salud mental y servicio social).

4.4. Elaboración e implementación de una estrategia para la identificación y la derivación oportuna de situaciones de riesgo social que requieran contención: diseñar, junto a los miembros del equipo de salud, una herramienta que permita la identificación y la derivación temprana de situaciones de riesgo social. Por ejemplo, elaborar un listado de preguntas destinadas a detectar dichas situaciones, de acuerdo con las características de la institución y de la población asistida. Esta tarea deberá ser efectuada por miembros del servicio social y de salud mental.

Objetivo 5

Incrementar la detección temprana de patologías en RN y madres que permanecen en internación conjunta.

4.5. Realización de actividades que favorezcan la adopción de prácticas y conductas recomendadas por parte del equipo de salud a cargo de la internación conjunta: entre las prácticas y conductas recomendadas en internación conjunta, el equipo MSCF debe fortalecer la adopción de las siguientes:

- Confirmar que el estado de salud del RN y de su madre sea normal, mediante una evaluación integral y normatizada.
- Planificar el seguimiento de la evolución ponderal del RN, la lactancia materna y la presencia de hiperbilirrubinemia.
- Control materno integral y exhaustivo, incluyendo control estricto de temperatura, tensión arterial, pulso, diuresis, catarsis, miembros inferiores (edemas, dolor, flogosis, etc.), loquios, retracción uterina y mamas.

- Confirmar la negatividad de las pesquisas infectológicas realizadas a la madre durante su embarazo o indicarlas antes del alta conjunta si no fueron oportunamente efectuadas.
- Realizar las pesquisas endócrinas y metabólicas, auditiva (otoemisiones acústicas) y visual (reflejo rojo) al RN, según la legislación vigente, con analgesia no farmacológica (ver Anexo 3).
- Monitorear la evolución de la bilirrubina, con TcBi (Transcutaneous Bilirubin Index o Medición Transcutánea de Bi) y curvas de riesgo.
- Recomendar y facilitar el acceso a la planificación familiar, siendo optativa la entrega de un método anticonceptivo elegido por la pareja, en el momento del alta. En el caso de que se imponga la anticoncepción por un riesgo evidente de vida en futuras gestaciones (cesáreas iterativas, patologías clínicas, etc.), es conveniente consensuar con la mujer la implementación de la anticoncepción antes del alta y su control posterior por el consultorio de salud sexual y reproductiva.
- Identificar signos de alarma para la detección precoz de la depresión puerperal. Por ejemplo: excesivo llanto, estado de angustia, falta de interés por el cuidado del bebé o por ella misma, entre otras.
- Confirmar la identificación del RN al ingreso y al egreso de la internación conjunta (clamp numerado y pulseras). También, corroborar los datos del domicilio materno y la posibilidad de comunicarse adecuadamente.
- Completar el SIP y los datos relevantes en la historia clínica, para las líneas trazadoras del Plan Nacer.
- Implementar una lista de cotejo al ingreso y al egreso de la madre y su bebé: esto permite que se realicen todos los pasos previstos, evitando olvidos y asegurando una atención de la mayor calidad posible.



Objetivo 6

Establecer y lograr una lactancia materna exitosa de acuerdo con la iniciativa HAMN.

Ver paso 3, actividades propuestas para el logro del objetivo 4.

PROPUESTAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las recomendaciones generales en seguridad comienzan con la higiene de manos según técnica y el uso discrecional de antibióticos.

Otras acciones necesarias son:

- Máxima precaución en la utilización de medicamentos de aspecto o nombre parecido.
- Énfasis en la clara identificación de los pacientes.
- Comunicación entre los agentes de salud durante el traspaso de pacientes, informando a la familia.
- Realización del procedimiento adecuado en el lugar correcto del cuerpo.
- Control especial de las soluciones concentradas de electrolitos.
- Asegurar la precisión en la dosificación de la medicación durante las transiciones asistenciales (cambios de turno o de sector).
- Evitar los errores de conexión y fijación de catéteres y tubos.
- Usar una sola vez los dispositivos descartables.
- Cumplir las normas internacionales de la OMS para el lavado de manos, que previene las infecciones intrahospitalarias.

Seguridad en la internación conjunta

- Fijar pautas para evitar el cambio accidental del RN o el robo.
- Organizar las visitas de familiares con una rutina de ingreso y egreso, por la vigilancia del hospital (tarjetas de identificación según áreas, etc.).
- Recomendar que, mientras las madres puérperas duerman, los RN sean colocados en sus cunas para evitar su caída, en posición decúbito dorsal sin almohada.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PASO 4

- Se logra ambientar la maternidad para facilitar la internación conjunta de acuerdo con el modelo MSCF.
- Las madres puérperas y sus hijos e hijas sanas acceden a la internación conjunta, excluyendo a aquellas madres o RN que, por patología actual o potencial, requieren internación en sectores asistenciales específicos.
- Las madres perciben que el equipo de salud respeta sus derechos esenciales durante la internación conjunta.
- La institución implementa un programa de visitas adecuadamente organizado y lo suficientemente flexible como para facilitar el ingreso de los padres y de otros familiares y su contacto con el RN.
- Las madres en internación conjunta son informadas, asesoradas y reciben apoyo para el mantenimiento de la lactancia materna.
- Las madres son dadas de alta con la modalidad de alta conjunta.

PASO 5 | Facilitar la inclusión de la madre, del padre y del resto de la familia en la internación neonatal.

Debido a prematuridad o a la presencia de alguna enfermedad, entre el 10 y el 20% de los RN requieren internación en diferentes áreas de los servicios de neonatología. Habitualmente, estos RN son separados de sus padres y de otros familiares. Sin embargo, su condición de prematuridad y de enfermedad los hace especialmente vulnerables, por lo que la institución dificulta con esta práctica el tan necesario vínculo/apego precoz con sus madres.

Su derecho a vivir justifica su internación; no obstante, la inclusión de padres y familias se convierte en una acción prioritaria. Para ello, las instituciones deben instrumentar los mecanismos que hagan posible el cuidado de los hijos e hijas internadas por parte de sus padres, atendiendo al objetivo marco de este modelo, que es la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al RN internado y a su familia.



La inclusión de abuelos y hermanos durante el tiempo de internación de los RN en neonatología, favorece la interacción entre los padres y el resto de la familia, a la que el niño o niña pasará a integrarse una vez obtenida el alta médica. Esta participación ofrece un modelo de soporte afectivo para los padres que atraviesan esta situación de crisis, ya que el bebé pasa a ser cuidado y esperado en familia.

PASO 5 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, padre y su bebé.

1. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo de la atención neonatal, que garanticen el respeto de los derechos de la madre, el padre y su bebé.

Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

2. Implementar el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, incluyendo la posibilidad de su permanencia continua y de su participación activa en el cuidado de sus hijos e hijas.

3. Organizar e implementar el ingreso programado de los hermanos y abuelos a los sectores de internación neonatal.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Asistir a los RN prematuros o con patología, utilizando la tecnología más eficiente y el recurso humano más capacitado, en virtud del derecho a la vida para todas las personas.

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

5. Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo con el modelo iniciativa HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL PASO 5

Objetivo 1

Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo de la atención neonatal, que garanticen el respeto de los derechos de la madre, el padre y su bebé.

Ver paso 2, punto 2.1. Además de estas actividades, en el caso de los profesionales de internación neonatal, el equipo MSCF debe también priorizar las relacionadas con la adquisición de habilidades por parte de los profesionales de este sector, para la contención de los padres y la familia de los niños internados y, en particular, de aquellos que atraviesan situaciones críticas.

5.1.A. Fortalecimiento de la comunicación y abordaje de los padres

de RN en cuidados intensivos: en cuanto a estas actividades, el equipo MSCF debe promover la reflexión y el debate entre los profesionales del sector acerca de la significación de la llegada de un hijo para los padres y la manera en que esto impacta en la constitución familiar. En la Tabla 8 se detallan los mensajes más importantes.

El equipo MSCF debe también estimular la autoevaluación por parte de los demás profesionales intervinientes respecto de la manera en que se recibe al RN en la institución, así como sobre el modo y el momento en que se informa a la familia, para identificar oportunidades de mejora. En la Tabla 9 se describe la modalidad esperada para la recepción del RN y la comunicación a los padres de acuerdo con el modelo MSCF.



TABLA 8. Mensajes clave al equipo de salud del área de internación neonatal

- La llegada de un hijo o hija implica una valoración social muy importante, en la que su espera y su integración a las familias son bienes sumamente preciados.
- El nacimiento de un niño o niña prematura o gravemente enferma es un hecho muy perturbador, que sacude el ideal familiar y social y transforma las expectativas de celebración en preocupación, debido a las inciertas posibilidades de sobrevivida.
- Los padres enfrentan una importante crisis personal, la situación de urgencia obliga a separarlos del RN y los sume en una espera inquietante y “pasiva”, en la cual la ayuda proviene de la Medicina y de la tecnología.

TABLA 9. Modalidad esperada para la recepción del RN y la comunicación a los padres

RECEPCIÓN

- Se recomienda recibir a la madre y/o al padre en su primer ingreso al sector y acompañarlos hasta el lugar donde se encuentra el RN internado. Esta recepción inicial puede acontecer en cualquier horario y podría ser asumida por cualquiera de los miembros del equipo de salud (enfermeros, médicos, voluntarios, otros profesionales) que detecten la situación, delegando en el personal médico del área la información médica que los padres requieran.
- Durante el primer encuentro, se recomienda brindar explicaciones simples y dar a conocer los derechos inherentes a los padres: ingreso irrestricto, disponibilidad de una RM, visitas programadas para familiares (días y horarios).

COMUNICACIÓN

- La información debe ser brindada de manera oportuna. El acto médico debe ser informado previamente a los padres, en tanto la práctica asistencial se dirige a un paciente que carece de autonomía. La información sobre diagnóstico y pronóstico debe ser un proceso continuo y progresivo, desde el comienzo de la internación hasta el alta.
- En todo momento, los profesionales deben mostrarse receptivos a las preguntas, dudas y comentarios de los padres, y deben esforzarse por aclarar la situación.
- Se recomienda explicitar y promover todas las acciones en las que los padres puedan participar, como acariciar a su bebé, hablarle, alzarlo, alimentarlo y colaborar en algunos cuidados.
- Siempre que sea posible, brindar la información en presencia de ambos padres. En los casos en que la madre no pudiera movilizarse hasta la unidad por sus condiciones clínicas, el médico de cabecera debería ser el encargado de contactarse con ella en su área de internación para proveerle la información necesaria sobre el estado de salud y la evolución del bebé.
- Se recomienda identificar precozmente y abordar, mediante los servicios especializados, en forma integral y multidisciplinaria, a las familias que presenten manifestaciones de exagerado stress, ansiedad o angustia, que comprometan sus roles funcionales en el cuidado del bebé.

5.1.B. Fortalecimiento de la comunicación con los padres de RN en riesgo de morir: una situación especial se presenta cuando el RN está en riesgo de morir. El ensamble entre ciencia y tecnología ha permitido a la perinatología asistir exitosamente a RN muy pequeños o gravemente enfermos. Las



unidades de terapia intensiva responden a desafíos cada vez mayores, dirigiendo todos los esfuerzos para impedir que la muerte se produzca. Sin embargo, enfermar gravemente o morir ocurren inexorablemente en los servicios de urgencia, ya que estas posibilidades son inherentes a la condición humana.

Los médicos, las enfermeras y el resto del equipo de salud, en contacto con las familias de los pacientes, son privilegiados agentes para detectar dificultades en el proceso de vinculación con el niño, así como crisis de ansiedad, cuadros depresivos o de angustia de los padres, producto de internaciones neonatales cada vez más prolongadas.

La muerte de un niño y/o de su madre resulta particularmente impactante, en tanto el bebé es el paradigma de lo vital e imagen antitética del fin de la vida. La muerte no marca el fin de las responsabilidades de los agentes de salud. Existe toda una serie de acciones de gran implicancia y responsabilidad, no deslindables. En la tabla 10 se detallan los principios generales de la comunicación en situaciones críticas.

TABLA 10. Principios generales de la comunicación en situaciones críticas

- Ser respetuoso y comprensivo. Escuchar las inquietudes de los padres y familiares alentándolos a que efectúen preguntas y expresen sus emociones.
- Usar un lenguaje sencillo y claro y comprobar que lo transmitido ha sido comprendido.
- Referirse al bebé por su nombre y aceptar que sus familiares hablen sobre él cuando haya fallecido.
- Proponer que reciban en brazos a su hijo, retirándolo de la incubadora si allí estuviera.
- Respetar las creencias y las costumbres culturales y religiosas de la familia.
- Adecuar el pronóstico a la realidad del paciente y a los resultados del servicio en casos comparables.

- Facilitar un lugar privado (una habitación, un pequeño sector) donde los padres puedan recibir a su grupo familiar, dando lugar así al inicio de los rituales funerarios, antes de que el cuerpo del niño sea trasladado a la morgue. Es preciso acompañarlos si lo desean o necesitan, y también facilitarles todos los complejos trámites institucionales y extrainstitucionales para la inhumación del hijo en la forma en que lo deseen.
 - Las maternidades deben contar con responsables a cargo de solicitar siempre los estudios anatomopatológicos que faciliten la información ulterior, para el seguimiento posterior de los padres, y de compartir los resultados con la familia y efectuar las recomendaciones que correspondieran.
 - Ligar a la familia con los servicios de salud mental, servicio social, genética, planificación familiar, entre otros, en virtud de las posteriores consultas que pudieran realizar.
- Estas intervenciones se basan en el respeto y acompañamiento que favorece el inicio del duelo en los padres, fundado en la relación institucional.

LA MUERTE DE UN RECIÉN NACIDO

Este tema merece un desarrollo muy especial. Cada cultura tiene un modo particular de procesar esta situación que, además, ha ido variando a lo largo de la historia³⁵. La muerte representa la característica de finitud del hombre. Los arduos intentos por evitarla pueden llevar a una forma de asistencia incorrecta, y por lo tanto innecesaria, conocida como “encarnizamiento terapéutico”, que es preciso reconocer y evitar, porque implica continuar con tratamientos invasivos, dolorosos y asociados al uso de compleja tecnología, cuando las posibilidades de sobrevida son racionalmente nulas.

35. Encontrarán referencias bibliográficas sobre este tema en la sección Bibliografía, pasos 4 y 5.



Aún aceptando que, reunidos todos los estudios diagnósticos de situación, la Medicina y los agentes de salud no pueden asegurar con infalibilidad la posibilidad de morir, siempre se puede asumir que no existen condiciones para mejorar y/o volver a una situación mejor que la actual. En estos casos, en consenso, los médicos a cargo y los responsables de la conducción deben proponerse continuar con un tratamiento “compasivo” que, sin retirar los recursos asistenciales vigentes, los minimiza, discontinuando los procedimientos dolorosos y utilizando analgésicos.

Cuando las condiciones emocionales de los padres lo hacen posible (aceptación de la realidad y confianza en la información recibida), pueden apagarse las alarmas manteniendo los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica aunque sea con parámetros mínimos, con el único objetivo de que los padres no perciban un cese completo en la asistencia. Este procedimiento, que impresiona como contrario al juramento hipocrático o a los intereses del paciente, no es tal cuando se entiende que la muerte, cuando es inevitable, también debe ser respetada en su dignidad. Los padres expuestos a esta intervención, casi siempre final, participan con dolor pero recuperan su rol protagónico de padres. Posibilitar la muerte de estos hijos en brazos de sus padres es comparable a la propuesta para los adultos de “morir en casa”.

Objetivo 2

Garantizar el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, incluyendo la posibilidad de su permanencia continua y de su participación activa en el cuidado de sus bebés.

5.2. Organización y puesta en marcha del “ingreso irrestricto de los padres al servicio de neonatología”: mientras la madre permanece internada en el servicio de obstetricia, en la medida en que le sea posible la

deambulación, el acceso al servicio de neonatología no ofrece mayores dificultades. Sin embargo, no ocurre lo mismo una vez producida su alta. En esta nueva situación la madre, ahora en su domicilio, para estar junto a su bebé debe utilizar medios de transporte y disponer de los recursos materiales para el viaje de ida y de regreso. Para ello, el modelo MSCF propone el acceso a una RM, como se describe en el paso 6.

El servicio de neonatología debe garantizar el ingreso irrestricto de las madres, es decir, sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, incluyendo los de cuidados intensivos.

I. Actividades a realizar con las madres antes del ingreso a la sala.

- Entrenamiento en técnicas de higiene de manos: las madres deben ser entrenadas en las técnicas de higiene de manos al ingresar al servicio y, luego, al acceder al sector correspondiente. Esta tarea será responsabilidad del equipo de enfermería. Periódicamente se efectuará por observación el cumplimiento de esta técnica, esencial para la seguridad del paciente.
- Entrenamiento en la realización de procedimientos de baja complejidad: las madres pueden ser capacitadas para realizar procedimientos de baja complejidad como, por ejemplo, la alimentación por *gavage*, por sonda naso u orogástrica. Nuevamente, esta tarea será responsabilidad de las enfermeras a cargo de la atención del paciente. Las enfermeras jefas de cada turno efectuarán la supervisión del correcto cumplimiento de la técnica de alimentación por *gavage*.

II. Organización de la recepción de las madres y padres que ingresan por primera vez.

- Se debe organizar la recepción de las madres y los padres que ingresan por primera vez, acompañándolos hasta el lugar de internación.
- Es recomendable que exista la figura de una recepcionista, para reforzar las rutinas de ingreso y para ubicar los cambiantes lugares de internación de los RN según su evolución. Esta recepcionista puede



ser una enfermera/o con tareas de las llamadas “livianas” por razones médicas, una voluntaria/o de la comunidad o la secretaria/o del servicio en un horario a definir.

- Se debe brindar la información sobre los derechos de ingreso irrestricto, permanencia continua y participación activa que les asisten y los cuidados que deben cumplir, como la mencionada higiene de manos.
- Las madres podrán ingresar con su ropa particular sin necesidad de vestir camisolines, gorros o barbijos, ya que no tienen ventaja alguna.
- El padre también tiene derecho al ingreso irrestricto al servicio con las mismas características que enumeramos para la madre. En maternidades con gran número de partos, altos censos ocupacionales y un sistema de vigilancia imperfecto, puede ser aconsejable limitar el acceso y la permanencia de los padres en el horario de 24.00 a 6.00, por los problemas que se pudieran generar durante la noche.
- Debe entenderse que, por razones de organización y planta física de la RM, los padres no pueden ingresar a ella, por lo que resulta recomendable ofrecer una sala de estar para las familias próxima al servicio de neonatología.

III. Aspectos a tener en cuenta durante el ingreso de las madres y los padres.

- Todos los miembros del equipo de salud siempre deberán estimular a las madres y a los padres para que acaricien a sus hijos e hijas, sin perjuicio para ellos y para las intervenciones asistenciales.
- En todo momento, se los informará acerca de la condición de sus bebés, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza.

IV. Barreras habitualmente encontradas durante el ingreso de las madres y los padres.

- El argumento más frecuentemente declamado por el personal médico y de enfermería para no permitir el ingreso irrestricto de los padres es el ya señalado “mayor riesgo de infecciones” que, como se aclaró, no es tal. Este argumento, en realidad, encubre el temor a ser auditados y, por ende, cuestionados.

- Todos los agentes de salud tienen la obligación moral y ética que su profesión les impone de asistir de la mejor manera y en el marco de sus posibilidades a los RN entregados a su cuidado. La posibilidad de que las enfermedades se agraven o de que las personas mueran es inherente a la condición humana y sería una actitud omnipotente y soberbia no aceptarla. Los agentes de salud también deben comprender que los procedimientos invasivos y dolorosos, cuando están bien indicados, son necesarios para ejercer el derecho a la vida. Estos enunciados deben resultar suficientes para superar los cuestionamientos al ingreso irrestricto de los padres. Estos, al integrarse a una comunidad en la que la condición común es la enfermedad o la prematuridad, rápidamente adecuan sus expectativas a la cambiante realidad de sus bebés.

Objetivo 3

Organizar e implementar el ingreso programado de los hermanos y abuelos a los sectores de internación neonatal.

5.3. Organización y puesta en marcha de la “visita de familiares”

al servicio de neonatología: el equipo MSCF debe organizar, junto a los miembros del servicio de neonatología, la visita de familiares, en particular de abuelos y hermanos. Debe nombrarse a una persona responsable de esta actividad, que programe la frecuencia, los horarios y el lugar de las visitas, teniendo en cuenta las otras actividades del servicio, y que supervise su implementación.

I. Programación de las visitas.

- Se deben planificar los días y horarios de encuentro, que deben ser comunicados a los padres en los primeros contactos con el equipo de salud. Asimismo, se recomienda difundir la realización de estas visitas por medio de carteles fuera del sector de cuidados especiales, en lugares accesibles para los padres.

- La programación de las visitas debe realizarse en función de las actividades del equipo de salud de neonatología, para evitar que coincidan con la realización de prácticas invasivas, interconsultas programadas, traslados o limpieza del sector, siempre que las condiciones de salud del RN no lo exijan.

II. Actividades previas al ingreso de familiares.

- Se deben establecer la frecuencia (como mínimo, una vez por semana), horarios y lugar de realización de las actividades grupales previas al ingreso de los familiares a las unidades de cuidados especiales.
- En estas actividades se deberán comunicar las reglas de asepsia que permiten el ingreso al servicio: doble higiene de manos (la primera previa al ingreso y la segunda en la unidad de internación correspondiente) y uso de camisolines limpios (no excluyente).
- Antes del ingreso, verificar la existencia de familiares que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y/o contacto con terceros con enfermedades infectocontagiosas. En dicho caso se informará al médico de guardia, quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la unidad de internación.

III. Aspectos a tener en cuenta durante el ingreso.

- Los coordinadores de la actividad estarán presentes en los sectores de internación todo el tiempo que dure la visita.
- Prestarán particular atención al modo de relación entre los hermanos/as y abuelos/as y el RN, y entre los bebés y sus padres. Observarán la reacción frente a la tecnología y la interacción con el equipo de salud.
- Supervisarán que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna del RN, sin desplazarse hacia otras cunas, tocar áreas limpias o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes.
- Alentarán la comunicación con el RN, dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para él: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el RN tuviera indicaciones de no ser estimulado. Deberán estar

atentos a cualquier indicación del personal médico o de enfermería que se produzca durante ese lapso.

- Cuando los familiares soliciten información sobre evolución y pronóstico del RN, los médicos tratantes deberán notificar a los padres sobre el pedido y efectuar cualquier comunicación que fuera pertinente en presencia de ambos padres o al menos de uno de ellos, incluso cuando sean menores de edad.

IV. Connotaciones particulares de las visitas de hermanos y hermanas.

Programación de las visitas

- Cada institución fijará el tiempo de duración de las visitas, aunque se aconseja que en Terapia Intensiva, y en particular la primera vez, sean más breves que en el resto de las áreas.

Actividades previas al ingreso

- Recepción de los hermanos/as, agrupamiento por edades y promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias acerca de la situación de internación de un RN (dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de salud mental).
- Presentación de las características básicas de los pacientes RN que exigen internación en dicho sector, por medio de la dramatización con muñecos, juegos y el uso de materiales afines (sondas, gasas, desinfectante, etc.).

Aspectos a tener en cuenta durante la visita

- El ingreso a la unidad debe realizarse en grupos pequeños de 2 a 3 hermanos/as por vez, para no obstaculizar la rutina del sector, comenzando por las áreas de baja complejidad.
- Se los acompaña durante la primera y la segunda higiene de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el RN junto a sus padres.
- Se recomienda presentar en esa oportunidad al personal de enfermería y médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido.
- Es condición indispensable que esté presente alguno de los padres



durante la visita; ningún hermano o hermana puede permanecer sola en el sector.

- Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, dirán a sus hijos cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el RN (alimentación por *gavage*, cambio de pañales, etc).

Actividades al finalizar la visita

- Este tercer momento es muy importante y se les debe explicar a los padres su relevancia. El reencuentro con los hermanos/as permite detectar cuadros de angustia o ansiedad, al igual que otras consultas que requieran ser canalizadas hacia el equipo de salud mental.
- En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen la posibilidad de monitorear la visita: en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, cuál es la evolución percibida respecto del RN y cuál fue la participación en los cuidados.
- Se puede solicitar que hagan un dibujo para dejárselo como regalo al bebé. Todas las producciones serán expuestas en un pizarrón o panel a la vista, y al momento del alta, si lo desean, las llevarán con ellos.
- En el caso de hermanos/as adolescentes o mayores, se los puede invitar a escribir una carta o a conversar sobre las preguntas que les hubieran surgido luego de la visita.
- **No debe presionarse a ningún hermano a realizar la visita cuando este diera señales, explícitas o indirectas, de su resistencia.** Si esta situación se presenta, es conveniente invitar al niño o niña a que permanezca en el lugar jugando o dibujando y postergar el ingreso para más tarde o para otro día. Es importante explicar a los padres la necesidad de no forzar los tiempos personales de cada hijo o hija.

V. Connotaciones particulares de la visita de abuelos y abuelas.

Aún en los casos de difícil pronóstico, el intercambio y el sostén afectivo provisto por sus familiares directos refuerzan la capacidad de los padres de cuidar y acompañar a sus propios bebés. La inclusión deliberada de los abuelos durante esta crítica etapa se basa en la función de transmisión de

una generación a la siguiente, y sus efectos inciden en el establecimiento de la identidad. Los abuelos concurren a las unidades de cuidados intensivos neonatales no para una visita social, sino como sostén calificado de sus propios hijos, ahora en función de padres y afrontando una experiencia límite.

Las familias, sin embargo, no presentan una estructura uniforme. Es posible encontrar grupos cuyos abuelos fallecieron o residen en el extranjero. De igual modo, las nuevas configuraciones familiares incluyen familias ensambladas, monoparentales, padres de crianza, a la vez que padres biológicos. Atendiendo a la idiosincrasia de su comunidad, cada institución deberá implementar el programa de visitas de acuerdo con estas características, para enfrentar con flexibilidad las diversas situaciones familiares.

Programación de las visitas

- El tiempo de duración de las visitas debe ser establecido y comunicado por la institución, antes del ingreso.

Aspectos a tener en cuenta durante las visitas de los abuelos/as

- El ingreso debe realizarse en grupos pequeños, de 3 o 4 familiares por vez, a fin de no obstaculizar la rutina del sector.
- Se los acompaña durante la primera y la segunda higiene de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el RN.
- Se recomienda presentar en esa oportunidad al personal de enfermería y médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido.
- Coordinar el ingreso de abuelos a los sectores de baja complejidad en primer término. Una vez concluido el desplazamiento del primer grupo, acompañar a los abuelos de los sectores de mayor complejidad. Se recomienda, siempre que la institución lo permita en función de su disponibilidad física, no agrupar a los familiares de los niños en condiciones de pre alta con los que se encuentran internados en cuidados intensivos.
- Recibir a los familiares y ubicarlos según el lazo familiar con el RN internado, explicar el funcionamiento del sector y las características básicas de los RN que exigen internación en dicha área.

- Comunicar las normas vigentes, como el ingreso irrestricto para los padres del RN, y la existencia y los modos de utilización de la RM.
- En los casos de internación de alta complejidad, introducir una referencia básica a la utilización de tecnología en el cuidado del RN.
- En todos los casos se debe indagar cuál es la información que los padres les han provisto a los abuelos sobre el motivo de internación del RN.
- Promover el intercambio de conocimientos y de experiencias entre los familiares acerca de la situación de internación de un RN (dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de salud mental).
- Uno de los padres debe estar presente durante la visita, salvo en caso de internación de la madre. Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, señalarán a sus familiares cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el RN (alimentación por *gavage*, etc.).
- En caso de que los familiares evidencien la necesidad de acompañamiento específico, tanto para ellos como para los padres del RN, por parte de profesionales de salud mental o de servicio social, se les indicará, al término de la visita, el modo de contacto con el servicio pertinente. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal.

Aspectos a tener en cuenta al finalizar las visitas de los abuelos

- En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen la posibilidad de monitorear la visita: comparar las condiciones en que llegaron y cómo se retiran, si se comprendió la evolución del RN, cuál ha sido la participación en los cuidados, consultas de orientación sobre la familia, así como cuadros de angustia o ansiedad que deben ser canalizados hacia el equipo de salud mental.
- **La información médica se brinda solo a los padres del paciente internado, por razones legales y de derecho a la privacidad.** En caso

de que los padres solicitasen información en presencia de sus familiares, se combinará con los médicos tratantes día y hora de reunión, si ello no fuera posible durante el transcurso de la visita.

- Los agentes de salud a cargo del Programa de Ingreso de Familiares deben evitar comunicarles información médica. En caso de que detectaran dificultades en el proceso de información, tendrán como función hacer de nexo entre los padres, los familiares y el equipo tratante.

Objetivo 4

Asistir a los RN prematuros o con patología, utilizando la tecnología más eficiente y el recurso humano más capacitado, en virtud del derecho a la vida para todas las personas.

5.4.A. Implementación de prácticas efectivas. Existen múltiples intervenciones de efectividad demostrada en neonatología. El modelo MSCF hace un especial énfasis en el **COPAP madre/padre/hijo**. El equipo MSCF debe promover su implementación, considerando las barreras en el servicio que podrían obstaculizar su adopción, y emplear estrategias que faciliten su adopción por parte de todos los miembros del servicio. Algunas de estas estrategias son:

- Salida transitoria de la incubadora para el COPAP madre/padre/hijo.
- La asistencia de RN prematuros en los sectores de cuidados intensivos e intermedios exige la utilización de incubadoras para cumplir sus requerimientos térmicos. Inevitablemente se convierten en barreras para los padres, ya que, si bien pueden acariciar al bebé con sus manos, el contacto físico es parcial y puede resultar no enteramente satisfactorio. Existe, sin embargo, la posibilidad de la salida transitoria de la incubadora. Colocados en COPAP y cubiertos por la propia ropa de su madre o padre, los RN en condiciones de estabilidad clínica logran mantener su temperatura corporal. Este contacto, ahora ampliado, tiene reconocidos beneficios: la madre recupera su rol protagónico de



asistente primaria, mejora su autoestima y las estrategias para afrontar las condiciones siempre estresantes de la terapia intensiva. Por el estímulo del COPAP, la madre aumenta su producción de leche, en respuesta a la secreción de prolactina y ocitocina. El RN, con esta alimentación, protege su inmaduro sistema nervioso autónomo y mantiene con mayor normalidad su respiración y su frecuencia cardíaca.

- La técnica del COPAP es de muy fácil implementación y constituye un objetivo prioritario del modelo MSCF para los pacientes internados, al favorecer la organización emocional tanto materna como familiar. Se coloca al RN en posición simétrica y en flexión sobre el tórax de su madre o padre, en contacto directo con su piel y sostenido con el antebrazo, durante una hora como mínimo, vestido solamente con pañal y gorro de algodón.
- Antes, durante y posteriormente, se registrará la temperatura axilar, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de O². Si durante el COPAP el RN presenta alteración de los parámetros fisiológicos (FC >180 x' y/o saturación < 85 %), se suspenderá la intervención hasta el día siguiente.
- Es importante brindarle confort a la madre o al padre. La intervención se realizará en sillones o reposeras con apoyabrazos. El COPAP no debe imponerse como una norma estricta, con día y horarios fijos; debe contemplar las necesidades y el deseo de la madre, para lograr que se relacione con su bebé en forma satisfactoria. Puede realizarse diariamente y varias veces al día, siempre que las condiciones clínicas del RN lo permitan.
- Los servicios de neonatología deberán elaborar una normativa, dirigida al equipo de salud, que incluya la información de la técnica y su fundamentación a los padres, y los demás detalles para su efectiva implementación³⁶.

36. Al respecto, se sugiere consultar el capítulo "Contacto Piel a Piel", de la Dra. Mónica Brundi, que presenta un desarrollo abarcativo de dicho ítem. En Larguía et al., ob. cit., www.funlarguia.org.ar, [www.msal.gov.ar/programas materno infantiles/](http://www.msal.gov.ar/programas%20materno%20infantiles/), publicaciones.

5.4.B. Implementación de prácticas seguras. Existen en la literatura médica extensos informes sobre las condiciones de seguridad que deben ofrecerse en las unidades de internación neonatal y que pueden ser consultados. En la tabla 11 se listan aquellas que se consideran prioritarias.

TABLA 11. Prácticas seguras en la atención neonatal

- Correcta y segura identificación del RN desde su ingreso hasta su egreso.
- Riguroso control de la identificación del RN y sus padres por el personal de vigilancia, incluyendo cuando dejan las unidades de internación. También del personal del equipo de salud cuando salen del hospital con el RN, ya sea para derivación a otro hospital o para interconsultas.
- Estrictas medidas de prevención de infecciones intranosocomiales, siendo el cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal de salud y de los padres la más destacable.
- Utilización desde el ingreso a la unidad de neonatología de los algoritmos del programa ACoRN (Acute Care of at Risk Neonates) en las diferentes situaciones anormales que puede presentar un RN luego de las medidas de reanimación y estabilización que pudiera haber requerido al nacer en la sala de recepción³⁷. Encontrarán una descripción más detallada del programa ACoRN en el Anexo 4 de este libro.
- Implementación de prácticas de probada eficacia para la prevención y el tratamiento de las patologías más frecuentes en los RN enfermos: la prevención de la injuria por frío y la reducción de las pérdidas insensibles de agua en los RN prematuros extremos. También, el uso precoz y adecuado de surfactante pulmonar exógeno, el empleo temprano de presión positiva continua por vía nasal (CPAP) en RN inmaduros, la nutrición parenteral y enteral precoz y progresiva para evitar la des-

37. Programa de RCP de la American Heart Association y la American Academy of Pediatrics.



nutrición posnatal, y la vigilancia estricta de los niveles de saturación de oxígeno según recomendaciones, para prevenir la retinopatía del prematuro junto con la pesquisa en tiempo y forma de esta, entre otras prácticas.

- Asegurar la implementación de tratamientos y procedimientos probablemente efectivos, como las nuevas modalidades ventilatorias y de monitoreo de la función pulmonar, uso de óxido nítrico en pacientes con hipertensión pulmonar grave, técnicas de neuroprotección, como, por ejemplo, la hipotermia corporal controlada en RN de término con encefalopatía hipóxico-isquémica, etc.
- Evitar el estrés del RN asegurando un ambiente tranquilo y silencioso, respetando los períodos de sueño y alimentación, proveyendo analgesia para los procedimientos dolorosos, ya sea farmacológica u otra, como succión al pecho, soluciones azucaradas o COPAP. Ver Anexo 3.
- Prevención y manejo del error en la prescripción, la preparación y la administración de medicaciones. Uso de sistemas computarizados de prescripción (como Neocálculo®).
- Dictar a todos los padres y familiares de pacientes con riesgo aumentado de presentar episodios de apnea en el hogar, o a aquellos que lo deseen, el Curso de Reanimación Cardiopulmonar para Padres, antes del egreso hospitalario. Encontrarán una propuesta para el dictado de ese curso en el Anexo 5 de este libro.

Objetivo 5

Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo con el modelo HAMN.

5.5. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa: el equipo MSCF, de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN, debe capacitar a los

miembros del equipo de salud para que entrenen a las madres en las técnicas apropiadas de amamantamiento y extracción manual. En este último caso, esta podrá utilizarse como parte de la alimentación de sus propios hijos y/o de otros RN, si existiera un banco de LH.

Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el propio equipo MSCF o bien pueden ser delegadas en los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MSCF deberá apoyar la realización de estas actividades, así como supervisar su adopción por parte de los miembros del equipo de salud a cargo de la atención neonatal y/o de la asistencia y la organización de la RM.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PASO 5

Los miembros del equipo de salud del servicio de neonatología:

- Conocen y respetan los derechos de la madre, el padre y su bebé.
- Son capacitados para comunicarse adecuadamente con los padres y familiares de RN internados en la unidad o servicio neonatal.
- Son capacitados para la realización del COPAP y la implementación de prácticas seguras.

El servicio de neonatología:

- Cuenta con un programa o una estrategia definida para la contención de RN graves o en riesgo de morir.
- Implementa un programa de ingreso irrestricto de los padres, que incluye su participación activa en el cuidado del RN.
- Lleva a cabo un programa de visitas programadas de familiares, que incluye, en particular, a los hermanos/as y abuelos/as.
- Utiliza el COPAP como práctica de rutina del servicio.
- Implementa prácticas seguras para la atención neonatal.
- Realiza actividades para la promoción y el fortalecimiento de la lactancia materna de acuerdo con el modelo propuesto por la iniciativa HAMN.



PASO 6 | Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita su permanencia junto con los recién nacidos internados.

La creación de una RM tiene como propósito evitar la separación madre-hijo en momentos críticos para binomios vulnerables como los que ellos representan. De esta manera se busca facilitar el establecimiento de un vínculo sólido, necesario para enfrentar satisfactoriamente experiencias de gran interferencia, como por ejemplo las que determinan la internación del RN.

La incorporación a los equipos de salud de las madres que presentaron un parto prematuro o con bebés que padecen enfermedades que requieren internación, y su activa participación en el cuidado de sus hijos supervisada por los miembros del equipo, fortalece su autoestima y estimula así el apego entre ellos.

La presencia continua de la madre favorece, también, el mantenimiento de la lactancia materna, pues facilita el acceso a métodos de extracción de leche humana para la alimentación de sus bebés cuando es necesario.

Asimismo, ofrece la oportunidad de brindar intervenciones preventivas y anticipatorias en la forma de educación para la salud (por ejemplo, aspectos vinculados a su salud reproductiva o a la lactancia materna), así como de asistencia psicológica para padres en crisis.

PASO 6 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre y de su hijo o hija.

Promoción de la participación y colaboración de los padres, la familia y la comunidad.

1. Crear o mejorar (en caso de que ya exista) una RM que permita brindar alojamiento a embarazadas de moderado o alto riesgo que, por situaciones de vulnerabilidad social, tienen limitaciones en el acceso oportuno a la atención médica que ponen en riesgo su vida o la de su bebé, así como a madres con alta obstétrica cuyos hijos o

hijas permanecen internadas en el servicio de neonatología, por prematuridad y/o enfermedad.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO PROPUESTO PARA EL PASO 6

6.1.A. Búsqueda de apoyo institucional para la creación de la RM:

para la creación y el óptimo funcionamiento de los hogares o residencias de embarazadas y madres en maternidades o centros perinatológicos es exigencia básica el cumplimiento de los siguientes prerrequisitos o condiciones:

- Acuerdo de la Dirección del hospital y de su Consejo Técnico Asesor, y asignación de una planta física adecuada.
- Compromiso de apoyo de los jefes de división o departamento de pediatría, neonatología y obstetricia.
- Reaseguro por parte de la conducción y administración del hospital de los recursos e insumos y del presupuesto necesario para:
 - Provisión y lavado de la ropa de cama.
 - Alimentación diaria (desayuno, almuerzo, merienda y cena) de las embarazadas y madres alojadas.
 - Limpieza de las áreas comunes (pasillos, baños, sala de usos múltiples).
 - Vigilancia y seguridad de la RM.
 - Autorización para el funcionamiento de un servicio de personas voluntarias organizadas para el cuidado de las embarazadas y madres (ver paso 7).

La búsqueda de apoyo institucional debe realizarse paralelamente a las actividades de sensibilización del paso 1.

6.1.B. Planificación, diseño y creación de la RM: aspectos a tener en cuenta.

Aspectos más relevantes



- La RM tiene que ser ubicada **dentro de la maternidad**, si se dispone de la superficie necesaria, y **próxima** al servicio de neonatología. En caso de que no fuera posible, debe construirse en un terreno muy cercano al centro perinatólogico, que permita la comunicación para ingresar a él.
- La RM debe ofrecer dormitorios para las embarazadas y las madres con sus bebés internados. Debe asegurar plazas para alojar al 80% del censo promedio ocupacional del servicio de neonatología, a las que deben sumarse las que se estimen necesarias para las embarazadas. Se obtienen camas extras utilizando camas “cucheta”.
- El control e identificación del acceso a la RM debe realizarse mediante una tarjeta que contenga los datos personales de cada madre, emitida por el servicio de voluntarias y voluntarios.

Otros aspectos complementarios³⁸

- La infraestructura de la RM debe incluir baños, duchas, lavadero, salón de usos múltiples y sala de estar para familiares.
- El servicio de personas voluntarias puede ubicarse dentro de la RM, con dos oficinas y baño.
- La RM debe reproducir una ambientación hogareña y caracterizarse por el bajo costo de mantenimiento, fácil limpieza y confort para sus habitantes.
- La RM no puede tener otro destino que el de su objetivo: un hogar dentro de la maternidad para las embarazadas y las madres con sus bebés internados en el servicio de neonatología.
- La supervisión y el cuidado de las embarazadas y madres en la RM dependerán del servicio de personas voluntarias, y para ello existirá un reglamento que deberá ser cumplido.
- Se recomienda incluir especialistas en educación, antropología y otras disciplinas, para comprender mejor las características de la población asistida.

38. El Programa Arquitectónico de una Residencia para Madres, con plano tipo, está disponible en: <http://www.funlargaia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia> (ver Anexo 3 en la Guía cit.).

6.1.C. Organización del funcionamiento de la RM: aspectos a considerar.

- El equipo MSCF debe contribuir a organizar la RM, nombrando a una persona responsable. Habitualmente, esta persona pertenece al voluntariado (ver paso 7).
- El coordinador deberá organizar las actividades en el ámbito de la RM, establecer los criterios para el acceso a ella así como las pautas de mantenimiento y orden, y supervisar su cumplimiento por parte de las embarazadas o madres alojadas.
- El coordinador y los miembros del equipo de salud que se desempeñan en el ámbito de la RM deberán dar, en todo momento, un trato respetuoso y amable a las madres y embarazadas alojadas, y brindarles contención y apoyo, en particular a las madres con RN en grave estado.
- Siempre que sea posible, aprovechando el encuentro de las madres y su estancia en la institución, realizar actividades de educación, como reuniones de padres, y asesorar a las madres y a las embarazadas sobre la conveniencia, los beneficios y las técnicas de la lactancia materna.

RESULTADOS ESPERADOS DEL PASO 6

- Apoyo institucional y/o creación de una RM para madres con niños internados y embarazadas de moderado y alto riesgo.
- Acceso a sectores de extracción de leche, que favorece el mantenimiento de la lactancia materna, en particular en RN de muy bajo peso (< 1.500 g).
- Reducción de la deserción en los seguimientos especializados, por consultorios externos, para RN prematuros, como consecuencia de la “fidelización” de las madres hacia la institución.

■ PASO 7 | Servicio de voluntarias y voluntarios de la comunidad.

La iniciativa MSCF exige la participación activa y solidaria de la comunidad. Esta puede expresarse en forma organizada por medio de los servicios de voluntariado. Sus integrantes presentan la cualidad principal de brindar su tiempo y su entusiasmo para ayudar al prójimo y para ofrecer contención emocional

sin prejuicios ni egoísmo. Se trata de una concepción solidaria, con compromiso social, que colabora en la construcción de ciudadanía.

PASO 7 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.

1. Crear o fortalecer (en caso de que ya exista) un servicio de voluntariado capaz de brindar apoyo y comprensión a las madres para que ellas puedan cuidar a sus bebés, y a las embarazadas, para que logren llevar un embarazo saludable y arriben a un parto seguro.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO PROPUESTO PARA EL PASO 7

7.1.A. Búsqueda de apoyo institucional para la creación

o el fortalecimiento del servicio de voluntarias y voluntarios.

Ver Paso 6, punto 6.1.A.

7.1.B. Planificación, diseño y creación del voluntariado: aspectos a tener en cuenta.

- La dirección de cada hospital y los demás responsables de la conducción deben solicitar a la comunidad la oferta de un servicio de voluntariado. Este puede preexistir como ONG y replicar una filial, o se lo deberá crear para satisfacer esta nueva demanda.
- El servicio de voluntariado deberá ajustar sus funciones a un reglamento que incluya los objetivos de la iniciativa. Este reglamento deberá ser aprobado por la dirección del hospital, la cual se compromete, a la vez, a brindar apoyo para su cumplimiento.
- Se recomienda que el servicio de voluntariado funcione todos los días de la semana, aunque puede contar con una dotación menor para fines de semana y feriados.

7.1.C. Organización del funcionamiento del voluntariado: aspectos a considerar.

Entre las posibles actividades a desarrollar, pueden mencionarse:

- Organizar y supervisar el funcionamiento de la RM, según el reglamento establecido para ella: identificación de las madres, asignación de camas, entrega de vales para las comidas, rutinas de ingreso y egreso, reglas generales de uso de las instalaciones.
- Orientar e informar a las embarazadas y madres.
- Derivarlas oportunamente a los equipos de salud interdisciplinarios.
- Actuar como acompañante capacitado en salas de parto con aquellas mujeres que estén solas.
- Entregar ropa y pañales para los niños y niñas, y ropa y elementos de higiene para las mujeres.
- Facilitar viáticos para viajes al hogar o para asistir a las consultas ambulatorias.
- Organizar reuniones de laborterapia, talleres de costura, etc.
- Organizar reuniones de educación para la salud con los profesionales responsables, para la promoción de temas como la lactancia materna y la anticoncepción, entre otros.
- Colaborar en el control posterior al alta para mejorar la asistencia y prevenir la deserción en los seguimientos por consultorios externos.
- Gestionar recursos extras para las actividades del voluntariado, así como cunas, cochecitos y otros elementos necesarios para las familias.
- Organizar y alentar la participación en festejos representativos, como el Día de la Madre, del Padre o del Niño u otras festividades significativas para la comunidad.



RESULTADOS ESPERADOS DEL PASO 7

- Apoyo institucional y/o creación de un servicio de voluntariado capaz de cubrir las distintas actividades de la institución relacionadas con la iniciativa MSCF, que mínimamente garantice la cobertura de estas actividades:
 - Recepción organizada de madres e hijos, en consultorios externos de obstetricia y pediatría.
 - Supervisión y organización de la RM.
 - Gestión de donaciones de empresas, ONG o particulares, para obtener recursos extra que contribuyan a solventar las actividades del voluntariado.

PASO 8 | Organizar el seguimiento del recién nacido sano, y especialmente del de riesgo, luego del alta en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

El alta conjunta de los RN sanos y de sus madres púrpas de los sectores de internación conjunta, así como el alta de los RN de los sectores de internación neonatal, no constituyen el final de la responsabilidad asistencial de la institución sino el comienzo de una nueva etapa.

El seguimiento integral de ambos grupos de pacientes representa el inicio de las acciones preventivas y anticipatorias y la corrección de los desvíos de la normalidad, que complementan las intervenciones que precedieron y sucedieron al nacimiento de las personas.

PASO 8 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.

1. Facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos e hijas.
2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del seguimiento ambulatorio, que garanticen el respeto de los derechos de los padres y su hijo o hija.

Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.

3. Empoderar a las mujeres y a sus familias en el cuidado de sus bebés y en la detección oportuna de problemas.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Estimular el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable del alta y del seguimiento ambulatorio.

5. Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con el modelo de la iniciativa HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL PASO 8

Objetivo 1

Facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos.

8.1.A. Seguimiento al alta del RN sano: luego de haber cumplido los objetivos del alta conjunta se deberá realizar el control de todos los niños y niñas sanas durante su primer mes de vida, focalizando aspectos tales como el **logro de una lactancia exitosa**, la resolución de problemas adaptativos (hiperbilirrubinemia, ganancia de peso, etc.), el cumplimiento de *screenings* (pesquisa metabólica), OEA (otoemisiones acústicas) y RR (reflejo rojo), luego de lo cual el bebé será derivado a consultorios de atención pediátrica primaria cercanos a su domicilio para facilitar su acceso a los controles de los primeros años de vida. Es aconsejable que el primer control de la púrpas y el RN se realicen en el mismo lugar donde se produjo el parto.

Al momento del alta, SIEMPRE deben aclararse los siguientes aspectos:

- Lugar adonde la madre deberá concurrir para hacer su primer control y el de su bebé (siempre se debe indicar el día y el horario del control).
- La necesidad de realizar el primer control dentro de las 48 horas.



8.1.B. Seguimiento al alta de RN de alto riesgo: los RN egresados de los sectores de internación por prematuridad y/o enfermedades requieren seguimientos especializados (que provean información actualizada a neonatología) en la propia institución, con eventuales referencias a y contrarreferencias desde los centros de atención primaria, para las poblaciones vulnerables como son los RN de muy bajo peso, los pacientes con displasia broncopulmonar y los hijos de madres adolescentes. En estos RN el enfoque asistencial deberá poner énfasis en el neurodesarrollo, el crecimiento y la estimulación oportuna. Estos programas de seguimiento exigen una participación multidisciplinaria e interdisciplinaria. En este sentido, es necesario integrar Redes de Seguimiento de RN de Riesgo³⁹ que incluyan a las maternidades, los servicios de primer nivel de atención, hospitales pediátricos, especialistas, escuelas, organizaciones de la comunidad, municipios, comunas y otros sectores sociales, para garantizar la inserción social y escolar con enfoque participativo.

Además, se debe trabajar en estrecho contacto con el servicio social para prevenir la deserción durante el seguimiento, y con el servicio de salud mental para prevenir futuros trastornos vinculares. Es de suma importancia que el personal de enfermería fomente la lactancia en este grupo de pacientes.

Estos programas también producen información sobre la evolución a largo plazo mediante investigación clínica, y cumplen tareas de auditoría y docencia.

8.1.C. Implementación de una franja horaria de atención apropiada: de 8 a 16 horas, a modificarse según las características de la población asistida y la disponibilidad del recurso humano necesario.

8.1.D. Adecuación de los espacios en la maternidad para facilitar y hacer más comfortable la espera durante el seguimiento ambulatorio.

Ver Paso 2, punto 2.1.C.

39. Para más información puede consultar la *Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo* que el Ministerio de Salud de la Nación publicó en 2001, y actualizó en 2003 y 2005. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/06-RN%20de%20riesgo.pdf>. Además, el Programa Red SERENAR (de Servicios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo) de la provincia de Córdoba, desarrolla esta experiencia desde el año 1998.

Objetivo 2

El equipo MSCF de la institución debe realizar actividades (talleres, generación de espacios de reflexión, observación y devolución), junto con los miembros del equipo de salud responsables del seguimiento, que contribuyan a la adopción de conductas respetuosas de los derechos de los padres y de su hija o hijo. Debe darse especial importancia al trato amable, al derecho a la privacidad y al acompañamiento de la madre en los controles de su bebé.

Ver Paso 2, puntos 2.2.A. y 2.2.B.

Objetivo 3

Empoderar a las mujeres y a sus familias en el cuidado de sus hijos e hijas y la detección oportuna de problemas.

8.3.A. Actividades a realizar al momento del alta: el/los profesional/es a cargo de su realización deben **verificar** que la mujer haya sido adecuadamente asesorada sobre aspectos relacionados con la planificación familiar según su situación, y **asesorarla adecuadamente**⁴⁰ en caso de que no hubiera recibido información. Si la maternidad dispone de métodos anticonceptivos, estos podrán ser entregados a la madre; cuando no sea así, debería planificarse su entrega.

En el caso de los RN de alto riesgo se debe convocar a reuniones de padres, informándoles con claridad el día y el horario en que se realizan así como su propósito.

8.3.B. Actividades a realizar luego del alta. Asesoramiento sobre la salud del RN: se debe comunicar a los padres el calendario de vacunaciones así como todo cambio y las nuevas vacunas que se requieran. Se prestará especial atención al progreso ponderal, de manera de evitar déficits nutricionales y sobrepeso. Se debe asesorar a los padres sobre los cuidados y las formas de prevención de accidentes e intoxicaciones. En estos centros de referencia se enfatizará el seguimiento de la bilirrubina, para eventuales indicaciones de luminoterapia.

40. Asesorar implica una actitud activa de intercambio con la madre por parte del profesional, y no solo la acción de dar información.

En el caso de los RN de alto riesgo se debe estimular fuertemente la participación en las reuniones de padres, en las que reciben asesoramiento especializado sobre el cuidado de este grupo con más riesgo de padecer determinados tipos de enfermedades o patologías.

Asesoramiento sobre planificación familiar: en el seguimiento ambulatorio se deben abordar estos temas con los padres y verificar que hayan sido asesorados en algún momento durante la internación y/o el alta. En caso de no haber existido este asesoramiento, los encuentros durante el seguimiento ambulatorio son una nueva oportunidad para su realización.

Objetivo 4

Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable del alta y del seguimiento ambulatorio.

8.4. Desarrollo e implementación del alta conjunta: entre las prácticas recomendadas, en este paso se hace especial énfasis en la implementación del sistema de alta conjunta, la cual implica que el alta es realizada por profesionales pertenecientes a los servicios de obstetricia y de neonatología, quienes, en una única entrevista con los padres, dan el alta a la madre y a su bebé, y los asesoran sobre cuándo y dónde realizar el seguimiento ambulatorio, los cuidados a tener en cuenta para la madre y el bebé, aspectos relacionados con la planificación familiar (ver punto 3.1), entre otros temas. Idealmente, la maternidad debería contar con una sistemática escrita de alta hospitalaria elaborada conjuntamente por ambos servicios, para establecer las prácticas recomendadas durante el momento del alta.

Objetivo 5

Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con la iniciativa HAMN.

8.5. Entrenamiento del equipo de salud de consultorios externos para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa: los consul-

torios externos de pediatría deben ofrecer un sector especializado en lactancia materna para la resolución de los problemas que las madres planteen. Será responsabilidad de las puericultoras al departamento de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS PARA EL PASO 8

- Los padres perciben que el equipo de salud respeta sus derechos esenciales durante el alta y el seguimiento ambulatorio.
- Las madres son derivadas de manera clara y oportuna (dentro de las 48 horas posteriores al alta) para la realización de su primera consulta en seguimiento ambulatorio.
- Se logran ambientar los espacios en la maternidad, para facilitar el alta y el seguimiento ambulatorio de acuerdo con el modelo MSCF.
- Se empodera a los padres en la planificación familiar así como en el cuidado de sus hijos o hijas, por medio de actividades de educación realizadas tanto en el momento del alta como en el seguimiento ambulatorio.
- Se establece el alta conjunta como una práctica de rutina de la maternidad.
- Se implementa el asesoramiento sobre lactancia materna, tanto en el momento del alta como en el seguimiento ambulatorio.

PASO 9 | Fortalecimiento de la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Toda MSCF debe trabajar activamente en el fortalecimiento de la lactancia materna, con el fin de lograr la acreditación de HAMN (OMS, UNICEF, Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa iniciativa. La iniciativa HAMN fue lanzada por la OMS y UNICEF en diciembre de 1991. Cuenta con una sistemática de implementación, autoevaluación, monitoreo y acreditación externa de la estrategia de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna en distintos niveles: mundial, nacional e institucional. Desde su lanzamiento, 156 países evaluaron y nominaron en algún momento por lo menos un establecimiento como Amigo del Niño. En



la Argentina, actualmente habría 56 hospitales acreditados, 5 hospitales con compromiso de acreditación y 2 identificados.

La iniciativa MSCF se alinea con el propósito y los objetivos de la iniciativa HAMN, profundizando sus esfuerzos para que las maternidades se propongan alcanzar los estándares establecidos para el fortalecimiento de las políticas de promoción de la lactancia materna. Para eso, incorpora como uno de sus ejes de acción el trabajo activo en la institución según las pautas de la iniciativa HAMN.

PASO 9 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

1. Promover las actividades propuestas por la iniciativa HAMN para lograr la certificación y la acreditación como Hospital Amigo.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO PROPUESTO PARA EL PASO 9

El fortalecimiento de las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna se realizará a partir de tres estrategias:

9.1.A. Evaluación del estado actual de la maternidad respecto de la iniciativa HAMN: el equipo coordinador MSCF evaluará, sobre la base de la lectura de los documentos y materiales de la iniciativa HAMN, el estado actual de la maternidad de acuerdo con el algoritmo que se presenta en la figura 2.

9.1.B. Evaluación diagnóstica: más allá del estado actual de la acreditación, el equipo coordinador MSCF evaluará el estado actual de las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna en la maternidad, así como las barreras y los facilitadores que las obstaculizan o favorecen.

9.1.C. Devolución a los miembros del equipo de salud: los resultados de esta evaluación serán devueltos e informados a los responsables de la

promoción y el mantenimiento de la lactancia materna en la institución, para orientarlos en el diseño de un plan de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS PARA EL PASO 9

- La institución elabora un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna por medio de su participación en la iniciativa HAMN.

PASO 10 | Recibir y brindar cooperación de y para instituciones, para la transformación en MSCF.

El modelo MSCF es, como ya dijimos, un cambio de paradigma. Como tal, es necesario que se instale en la sociedad toda. Si bien las etapas iniciales del programa pretenden la replicación progresiva del modelo en un número limitado de maternidades, necesariamente su concepción ética, filosófica y existencial debe extenderse a todas las maternidades, es decir, a la comunidad.

PASO 10: EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.

1. Fortalecer el involucramiento y la participación progresiva de los miembros del equipo de salud de la maternidad, así como de sus autoridades, en la disseminación e implementación efectiva del modelo MSCF tanto dentro de la propia institución como en otros establecimientos.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO PROPUESTO EN EL PASO 10

La transformación de una institución en MSCF está directamente relacionada con la adquisición y la comprensión de los principios, conocimientos y habilidades que requieren los miembros del equipo de salud para la implemen-



tación efectiva del modelo. Ellos son los protagonistas del cambio, por lo que su entrenamiento en las habilidades específicas para la implementación de la iniciativa es un elemento clave de la transformación. Asimismo, en la medida en la que la maternidad o las personas que en ella trabajan contribuyen a la replicación del modelo en otras instituciones es expresión del compromiso asumido con el modelo por la institución o por sus miembros.

La FUN, con el apoyo de UNICEF, trabaja actualmente para la multiplicación del modelo en las maternidades públicas de Argentina. Por medio de la iniciativa se busca fortalecer y sostener los procesos de cambio y transformación de las maternidades, así como ampliar el alcance del modelo a otras maternidades o a centros periféricos que trabajan en red con la maternidad.

Las maternidades que efectivamente se incorporen a la comunidad MSCF deberían extender el modelo a los lugares de influencia que, por razones geográficas o de regionalización, les correspondan. Estas acciones deben ajustarse a las características de los centros asistenciales de su responsabilidad. De acuerdo con estas características, se priorizará uno u otro paso. Para estas acciones, el equipo MSCF de la institución debe contar con el apoyo institucional que facilite su concurrencia y/o la realización de actividades de capacitación y de transferencia e intercambio con los agentes de salud de esos centros. Es importante fortalecer, en particular, los sistemas de referencia y contrarreferencia, ya que constituyen un elemento clave para la detección oportuna de enfermedades que ponen en riesgo la salud del RN o de la madre.

Las actividades para el logro del objetivo del paso 10 comprenden acciones crecientes de involucramiento y capacitación. Estas acciones pueden desarrollarse en tres planos: **individual**, **intrainstitucional** e **interinstitucional**.

El **plano individual** se refiere a las acciones que realiza cada individuo, por iniciativa propia, para la transformación y la consolidación del modelo MSCF; el **plano institucional** abarca las que se llevan a cabo desde la institución para consolidar el modelo dentro (**plano intrainstitucional**) y fuera de la institución (**interinstitucional**). La figura 3 esquematiza estas interrelaciones.

10.1.A. Implementación de acciones en el plano individual: es el relativo a las acciones para la consolidación del modelo MSCF que **resultan de la iniciativa de los individuos**. Cada miembro del equipo de salud puede, individualmente: 1) informarse, por ejemplo, al participar en una conferencia, ver un video o leer artículos; 2) formarse al intervenir en actividades de capacitación y/o de entrenamiento (por ejemplo, participando en talleres con expertos); 3) dar a conocer el modelo, por ejemplo, brindando conferencias o escribiendo algún artículo sobre el modelo; 4) entrenar a miembros del equipo de salud de su institución, y 5) entrenar a miembros del equipo de salud de otras instituciones.

10.1.B. Implementación de acciones en el plano institucional: pueden reconocerse, a su vez, dos planos: el *intrainstitucional* (acciones dentro de la propia institución) y el *interinstitucional* (entre instituciones). El primer paso del involucramiento a nivel institucional es el apoyo desde otras instituciones para la transformación de la institución en una MSCF⁴¹. La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones (ONG, otras maternidades, gobierno, etc.) para sensibilizar a su personal respecto de la necesidad y de los beneficios de implementar el modelo MSCF. La implementación y la consolidación del modelo dentro de la institución son realizadas por el equipo MSCF (ver paso 1), constituido por profesionales de la institución, formalmente asignados a esta tarea.

Las maternidades que ya iniciaron el proceso de transformación pueden brindar, a su vez, el mismo apoyo a otras maternidades, para constituir una red de MSCF (plano interinstitucional). Una institución que da a conocer y ayuda a implementar el modelo en otras instituciones es un agente multiplicador del modelo MSCF.

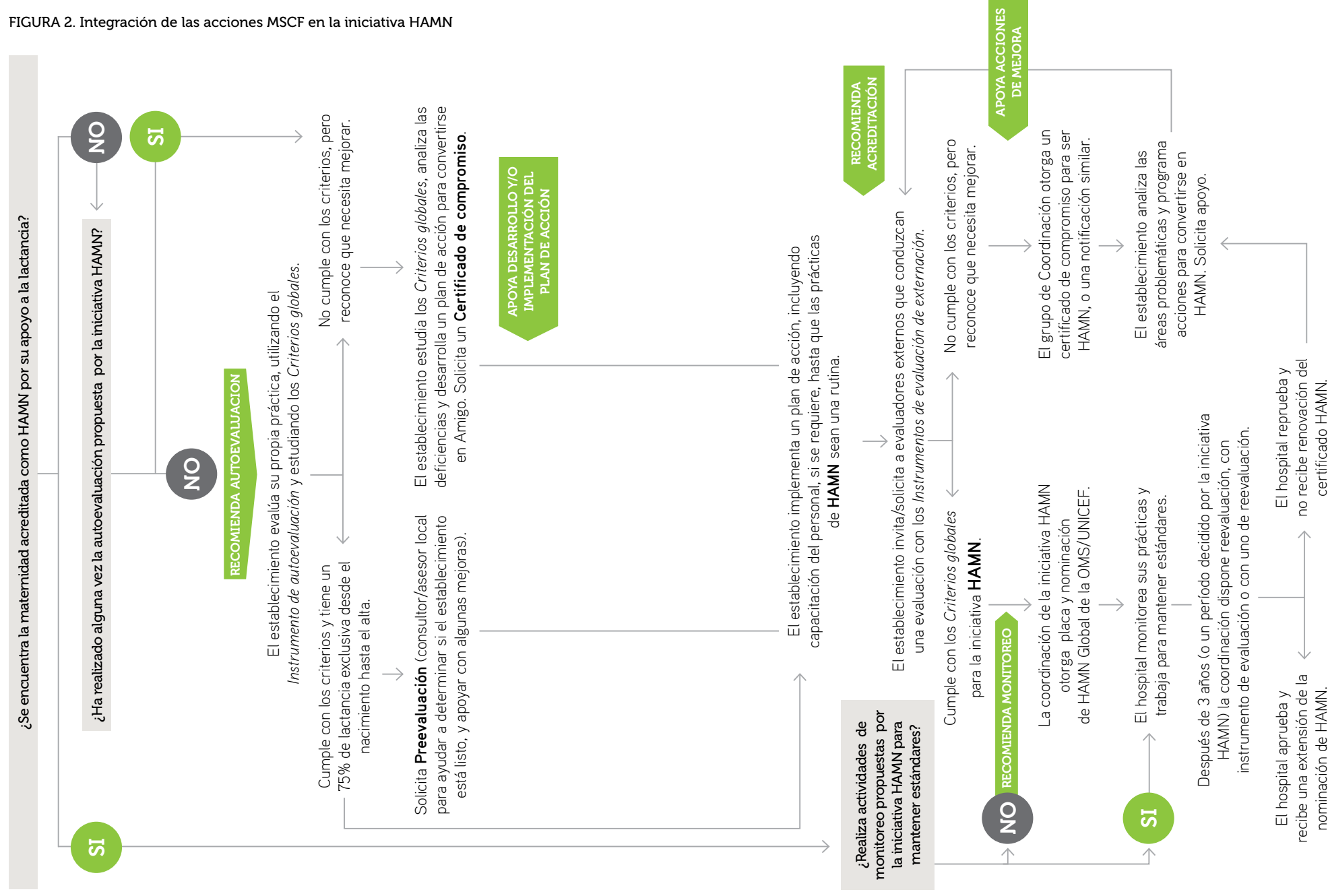
RESULTADOS ESPERADOS PARA EL PASO 10

- La maternidad inicia el proceso de transformación en los planos individual, intrainstitucional e interinstitucional.

41. La excepción la constituyen la maternidad que creó el modelo (Sardá) o las que lo implementen de manera independiente, sin ayuda externa.



FIGURA 2. Integración de las acciones MSCF en la iniciativa HAMN



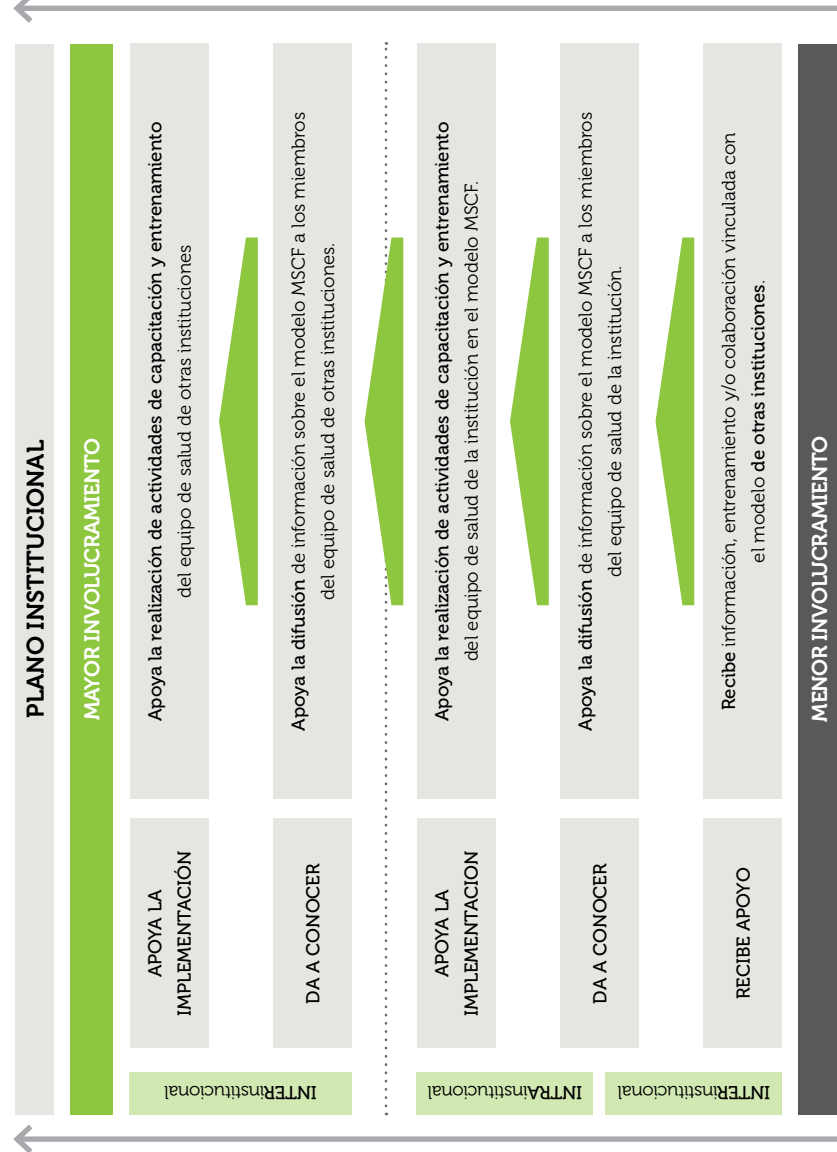
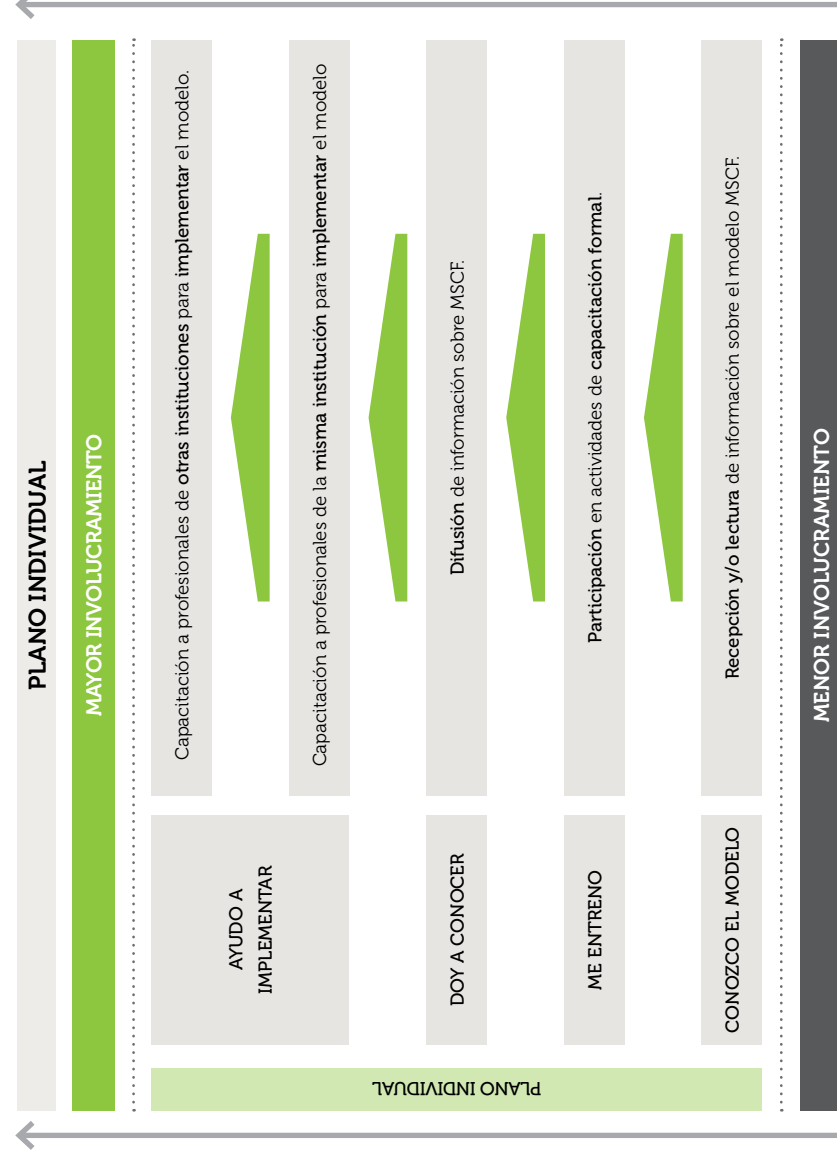


FIGURA 3. Acciones de involucramiento y transformación del modelo MSCF por parte de los profesionales y de las instituciones en las que se desempeñan



ANEXOS

1. Resumen de pasos, objetivos y actividades
2. Conceptos y herramientas para la gestión del cambio
3. Tratamiento no farmacológico del dolor en el RN en el marco del modelo MSCF
4. El programa ACoRN en el marco del modelo MSCF
5. Curso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de RN para padres

ANEXO 1. RESUMEN DE PASOS, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

PASO 1 RECONOCER EL CONCEPTO DE MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA COMO UNA POLÍTICA DE LA INSTITUCIÓN.		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.</i>	1. La implementación de este paso busca que, tanto las autoridades, como el equipo de salud, reconozcan el concepto de MSCF como una política institucional.	<p>1.1.A. Caracterizar la cultura organizacional de la maternidad. Realización de actividades de diagnóstico, difusión y diseminación de los ejes conceptuales y de los principios del modelo MSCF, dirigidas a los responsables de conducción y al Consejo Técnico Ampliado, con representantes de todas las áreas, por parte de profesionales con experiencia en maternidades con probada trayectoria en MSCF.</p> <p>1.1.B. Consenso entre las principales autoridades de la institución respecto de la importancia de implementar el modelo y adherir al marco legal que rige la atención perinatal. Preparación de un acta de compromiso.</p> <p>1.1.C. Asignación de recursos humanos para que la institución pueda llevar adelante el proceso de transformación. Selección, por parte de las autoridades, de un grupo de personas motivadas para la constitución del equipo, pertenecientes a distintas disciplinas y cuya participación es necesaria para la implementación del modelo, sin exclusiones de origen y avaladas por jefaturas. Presentación de la propuesta por parte del equipo a otros comités y profesionales de la institución.</p> <p>1.1.D. Asignación de recursos financieros y edilicios para que sea posible la implementación de las actividades necesarias para el proceso de transformación. Las autoridades y el equipo que liderará la transformación de la maternidad deberán realizar una evaluación y una propuesta de los recursos financieros y edilicios que requerirá la implementación de las actividades.</p>

PASO 2 BRINDAR APOYO A LA EMBARAZADA Y A SU FAMILIA DURANTE EL CPN.		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.</i>	<p>1. Facilitar el acceso de la embarazada al CPN.</p> <p>2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud, a cargo del CPN, que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija.</p> <p>3. Empoderar a las mujeres y a sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.</p> <p>4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo responsable del CPN en la maternidad.</p> <p>5. Estimular la implementación de prácticas para la preparación y el fortalecimiento de la lactancia materna promovida por el HAMN.</p>	<p>2.1.A. Implementación de un sistema de turnos programados.</p> <p>2.1.B. Realización de la evaluación de riesgo inicial y citación por parte de una obstétrica.</p> <p>2.1.C. Ampliación de la franja horaria de atención en caso de disponer de horarios restringidos.</p> <p>2.1.D. Creación o mantenimiento de un Hospital de Día.</p> <p>2.1.E. Adecuación de los espacios para facilitar la espera de la embarazada (salas de espera confortables, áreas de juego para niños, consultorios adecuados).</p> <p>2.2.A. Adopción de conductas sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija: el trato amable y respetuoso y el respeto a la privacidad.</p> <p>2.2.B. Implementación del acompañamiento durante el CPN.</p> <p>2.2.C. Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres adolescentes.</p> <p>2.3.A. Realización de actividades de educación para la salud durante la espera de la embarazada para el CPN.</p> <p>2.3.B. Realización de actividades de educación para la salud durante la entrevista de CPN.</p> <p>2.4.A. Implementación de prácticas efectivas, basadas en la evidencia, durante el CPN, sobre conductas de riesgo y su salud sexual y reproductiva.</p> <p>2.4.B. Promoción de la atención prenatal del embarazo de bajo riesgo a cargo de obstétricas.</p> <p>2.5. Capacitación al equipo de salud responsable del CPN sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN.</p>

PASO 3 RESPETAR LAS DECISIONES DE LAS EMBARAZADAS Y DE SU FAMILIA EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO		ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	
<i>Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.</i>	<p>1. Adecuar las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF y la adopción de conductas, por parte del equipo de salud, que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y su bebé durante el trabajo de parto y el parto o cesárea.</p>	<p>3.1.A. Adecuación de las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF. Por ejemplo, implementando salas TPR.</p> <p>3.1.B. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante el trabajo de parto y el parto o cesárea, sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija. Por ejemplo, incentivar a la madre para que esté acompañada al momento del parto, y que elija la posición que le resulte cómoda.</p>
<i>Uso de prácticas efectivas y seguras.</i>	<p>2. Adecuar los ambientes hospitalarios para garantizar condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas.</p>	<p>3.2 Adecuación de los ambientes de la maternidad a fin de garantizar la atención de las emergencias obstétricas, cumpliendo con los requisitos mínimos indicados por la OMS.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	<p>3. Promover, en los miembros del equipo de salud, la atención del trabajo de parto y el parto de manera segura y centrada en la familia.</p>	<p>3.3. Capacitación al equipo de salud para que puedan brindar apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto, evitar la medicalización del parto, y emplear intervenciones de probada efectividad y seguridad.</p>
	<p>4. Fortalecer la implementación de prácticas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna promovidas por la iniciativa HAMN.</p>	<p>3.4. Capacitación al equipo de salud que brinda asistencia a la madre y al RN sobre técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN.</p>

PASO 4 PRIORIZAR LA INTERNACIÓN CONJUNTA MADRE-HIJO O HIJA SANOS CON LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA		ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	
<i>Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.</i>	<p>1. Facilitar la transición de la vida intrauterina a la extraterina, mediante un alojamiento conjunto de la puerpera y su bebé recién nacido sin interferencias, a fin de fortalecer el vínculo y el apego entre ambos.</p>	<p>4.1.A. Adecuación de las salas de internación conjunta de acuerdo con el modelo MSCF.</p> <p>4.1.B. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante el trabajo de parto y el parto o cesárea, sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija.</p>
<i>Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.</i>	<p>2. Promover el vínculo entre el RN y su padre, así como con otros miembros de la familia, como hermanos y abuelos.</p>	<p>4.2. Organización y puesta en marcha de la “visita de familiares” al servicio de obstetricia.</p>
	<p>3. Ofrecer información a la familia en el marco de la educación para la salud, con un enfoque anticipatorio y preventivo.</p>	<p>4.3. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para que sea capaz de educar a la familia.</p>
<i>Uso de prácticas efectivas y seguras.</i>	<p>4. Detectar situaciones de riesgo social sanitario, trastornos de salud mental, abuso de sustancias, de género y/o de otro tipo, violencia familiar, deserción escolar, e iniciar las intervenciones que correspondan (salud mental y servicio social).</p>	<p>4.4. Elaborar e implementar una estrategia para la identificación y la derivación oportuna de situaciones de riesgo social que requieran contención.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	<p>5. Incrementar la detección temprana de patologías en RN y en madres que permanecen en internación conjunta.</p>	<p>4.5. Realización de actividades que favorezcan la adopción de prácticas y conductas recomendadas por parte del equipo de salud a cargo de la internación conjunta.</p>
	<p>6. Establecer y lograr una lactancia materna exitosa de acuerdo con la iniciativa HAMN.</p>	<p>4.6. Capacitación al equipo de salud que brinda asistencia a la madre y al RN, sobre técnicas apropiadas para el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN.</p>

PASO 5 FACILITAR LA INCLUSIÓN DE LA MADRE, EL PADRE Y EL RESTO DE LA FAMILIA EN LA INTERNACIÓN NEONATAL		ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	
<i>Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo de la atención neonatal, que garanticen el respeto de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija. 	<p>5.1.A. Fortalecimiento de la comunicación y abordaje de los padres de RN en cuidados intensivos.</p> <p>5.1.B. Fortalecimiento de la comunicación con los padres de RN en riesgo de morir.</p>
<i>Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Implementar el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, incluyendo la posibilidad de su permanencia continua y de su participación activa en el cuidado de sus hijos e hijas. Organizar e implementar el ingreso programado de los hermanos y abuelos a los sectores de internación neonatal. 	<p>5.2. Organización y puesta en marcha del “ingreso irrestricto de los padres” al servicio de neonatología.</p> <p>5.3. Organización y puesta en marcha de la “visita de familiares” al servicio de neonatología.</p>
<i>Uso de prácticas efectivas y seguras.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Asistir a los RN prematuros o con patología, utilizando la tecnología más eficiente y el recurso humano más capacitado, en virtud del derecho a la vida para todas las personas. 	<p>5.4.A. Implementación de prácticas efectivas, como el COPAP.</p> <p>5.4.B. Implementación de prácticas seguras, ya sean de identificación, como de prevención y tratamiento.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo con el modelo iniciativa HAMN. 	<p>5.5. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa.</p>

PASO 6 CONTAR CON UNA RESIDENCIA PARA MADRES (RM) QUE PERMITA SU PERMANENCIA JUNTO CON SUS BEBÉS NACIDOS INTERNADAS		ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	
<i>Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Crear o mejorar (en caso de que ya exista) una RM que permita brindar alojamiento a embarazadas de moderado o alto riesgo que, por situaciones de vulnerabilidad social, tienen limitaciones en el acceso oportuno a la atención médica que pongan en riesgo su vida o la de su bebé, así como a madres con alta obstétrica, cuyos hijos o hijas permanezcan internadas en el servicio de neonatología, por prematuridad y/o enfermedad. 	<p>6.1.A. Búsqueda de apoyo institucional para la creación de la RM.</p> <p>6.1.B. Planificación, diseño y creación de la RM. En contextos interculturales, la comunidad debe ser consultada.</p> <p>6.1.C. Organización del funcionamiento de la RM. Nombramiento de responsables y establecimiento de pautas.</p>
<i>Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.</i>		
PASO 7 SERVICIO DE VOLUNTARIAS Y VOLUNTARIOS DE LA COMUNIDAD		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Crear o fortalecer (en caso de que ya exista) un servicio de voluntariado capaz de brindar apoyo y comprensión a las madres para que ellas puedan cuidar a sus bebés, y a las embarazadas, para que logren un embarazo saludable y arriben a un parto seguro. 	<p>7.1.A. Búsqueda de apoyo institucional para la creación o el fortalecimiento del servicio de voluntarios.</p> <p>7.1.B. Planificación, diseño y creación del voluntariado. Utilizar experiencias previas de la comunidad u ONG.</p> <p>7.1.C. Organización del funcionamiento del voluntariado. Establecimiento de las actividades que desarrollarán.</p>

PASO 8 ORGANIZAR EL SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO SANO, Y ESPECIALMENTE DEL DE RIESGO, LUEGO DEL ALTA EN CONSULTORIOS EXTERNOS ESPECIALIZADOS QUE PRIORICEN LA INCLUSIÓN FAMILIAR		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Protección de los derechos de la madre, padre y bebé.</i>	1. Facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos e hijas.	<p>8.1.A. Seguimiento al alta del RN sano, focalizando en el logro de una lactancia exitosa, entre otros.</p> <p>8.1.B. Seguimiento al alta del RN de alto riesgo, con equipos multidisciplinarios.</p> <p>8.1.C. Implementación de una franja horaria de atención apropiada.</p> <p>8.1.D. Adecuación de los espacios dentro de la maternidad para facilitar y hacer más confortable la espera durante el seguimiento ambulatorio.</p>
	2. Promover la adopción de conductas, por parte del equipo de salud a cargo del seguimiento ambulatorio, que garanticen el respeto de los derechos de los padres y de su hijo o hija.	<p>8.2. Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto de los derechos de la mujer y de su hijo o hija: el trato amable y respetuoso y el respeto a la privacidad.</p>
<i>Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.</i>	3. Empoderar a las mujeres y a sus familias en el cuidado de sus hijos y en la detección oportuna de problemas.	<p>8.3.A. Actividades a realizar al momento del alta. Asesoramiento en planificación familiar.</p> <p>8.3.B. Actividades a realizar luego del alta. Asesoramiento en salud del RN.</p>
	4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable del alta y del seguimiento ambulatorio.	<p>8.4. Desarrollo e implementación del alta conjunta.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	5. Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con el modelo de la iniciativa HAMN.	<p>8.5. Entrenamiento del equipo de salud de consultorios externos para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa.</p>

PASO 9 FORTALECIMIENTO DE LA INICIATIVA HAMN		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	1. Promover las actividades propuestas por la iniciativa HAMN para lograr la certificación y la acreditación como "Hospital Amigo".	<p>9.1.A. Evaluación del estado actual de la maternidad respecto de la iniciativa HAMN.</p>
		<p>9.1.B. Evaluación diagnóstica.</p>
		<p>9.1.C. Devolución a los miembros del equipo de salud.</p>
PASO 10 RECIBIR Y BRINDAR COOPERACIÓN DE Y PARA INSTITUCIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN EN MSCF		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.</i>	1. Fortalecer el involucramiento y la participación progresiva de los miembros del equipo de salud de la maternidad, así como de sus autoridades, en la diseminación e implementación efectiva del modelo MSCF, tanto dentro de la institución como en otras instituciones.	<p>10.1.A. Implementación de acciones en el plano individual.</p>
		<p>10.1.B. Implementación de acciones en el plano institucional.</p>

ANEXO 2. CONCEPTOS Y HERRAMIENTAS BÁSICAS PARA GESTIONAR EL CAMBIO

La adopción del modelo MSCF supone iniciar un proceso de transformación de la maternidad que implica, entre otros cambios, la modificación de la cultura de la organización. Este proceso de cambio podrá requerir un abordaje **global** (en todos sus espacios) o circunscribirse a un **grupo de actores** determinados (servicios de neonatología u obstetricia, salud mental, voluntariado, etc.), dependiendo de las prioridades que establezcan el equipo MSCF y las autoridades de la institución.

El **alcance** determinará quiénes serán los responsables de **gestionar el proceso de cambio** (autoridades generales, jefes de unidades o servicios, líderes formales y/o informales de grupos de trabajo, etc.).

Se pueden describir cuatro grandes momentos en este proceso de transformación:

1. DIAGNÓSTICO INICIAL

Permite caracterizar la situación basal de la maternidad con respecto a cada uno de los pasos del modelo. Este diagnóstico puede ser realizado por un equipo externo, por medio de la metodología de evaluación propuesta por la FUN (evaluación externa), o bien por el propio equipo MSCF de la maternidad (autoevaluación). La evaluación del estado inicial incluye:

- La valoración del grado de cumplimiento de cada una de las actividades propuestas para el logro de los objetivos de cada paso. Esta valoración permitirá establecer, para cada paso, la brecha entre lo que se realiza en la maternidad y lo que se propone o espera de acuerdo con los lineamientos del modelo MSCF.
- La identificación de los factores que facilitan (**facilitadores**) o, por el contrario, obstaculizan (**barreras**) en cada servicio la implementación de las actividades necesarias para el logro de los objetivos de cada paso. La valoración de estos factores debe incluir no solo el **grado de conocimiento**

de los miembros del equipo de salud sobre el modelo MSCF, sino también sus capacidades o competencias para adoptarlo e implementar las actividades planteadas, su alineamiento con la propuesta, el grado de convencimiento por parte del equipo de la necesidad de implementar el cambio y la motivación para iniciarlo, entre otros aspectos. En la tabla 1 se listan distintos tipos de factores que inciden en cualquier proceso de cambio, sea favoreciéndolo u obstaculizándolo. El equipo MSCF debe evaluar la manera en que cada uno de estos factores opera en los servicios o, incluso, en la institución. Este análisis permitirá diseñar una intervención que considere los principales obstáculos y resistencias (por ejemplo, talleres de capacitación, cuando la principal barrera sea la falta de conocimiento; influencia de líderes de opinión, cuando la barrera sea la falta de confianza en el modelo; entrenamiento específico, cuando la barrera sea la falta de competencias o habilidades para el desarrollo de las actividades propuestas por el modelo). En otras palabras, el tipo de intervención que se implementará para facilitar el proceso de transformación en la maternidad y en los distintos servicios debe considerar las barreras y los facilitadores propios de la organización.

¿Cómo analizar el estado actual y las barreras/facilitadores que inciden en cada paso?

De acuerdo con la idiosincrasia de cada organización, el equipo MSCF puede realizar distintos tipos de actividades como, por ejemplo, talleres y/o jornadas de reflexión, entrevistas grupales y/o individuales, grupos focales de prestadores y/o de usuarios, observación directa, relevamientos programados.

Los productos esperados de este subproceso deberán apuntar a determinar las prácticas y los actores habituales, los **factores facilitadores** (internos: fortalezas; externos: oportunidades) y **barreras** (internas: debilidades; externas: amenazas), globales y/o parciales, etc.

2. DETERMINACIÓN DE LA “VISIÓN” (“HACIA DÓNDE IR”)

El primer paso para el inicio del proceso de transformación es la definición de la **visión** por parte de las autoridades de la institución y de los jefes de los servicios involucrados, así como su comunicación a todos los miembros del equipo de salud. Esta acción expresaría la adhesión y el compromiso de las autoridades con el modelo MSCF y su decisión de iniciar el cambio.

3. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE CAMBIO

Una vez establecida la visión de la organización, sus esfuerzos y acciones, el equipo MSCF, junto con las autoridades, debe decidir —en base al diagnóstico inicial— las actividades que priorizará para dar cumplimiento a este propósito. Es importante que, al momento de planificar las actividades, el equipo MSCF involucre a las autoridades y profesionales de los servicios cuya participación es clave en la implementación del cambio.

La estrategia de cambio puede ser implementada por eje conceptual del modelo o por paso, dependiendo de lo que el equipo MSCF considere más apropiado.

Ejemplo 1. Estrategia de cambio sustentada en los ejes conceptuales del modelo MSCF

*El equipo MSCF de una institución X puede identificar en su diagnóstico inicial problemas muy graves relacionados con la falta de respeto y valoración, por parte del equipo de salud, de los derechos esenciales de la madre, del padre y de sus hijos e hijas. Por tanto, una vez identificados los factores que inciden en este problema (ver tabla 1), decide implementar una estrategia de cambio sustentada en el eje conceptual 2 del modelo MSCF (Protección de los derechos de la madre, padre y bebé), dirigida a los miembros del equipo de salud de **todos** los servicios involucrados con el modelo MSCF.*

Ejemplo 2. Estrategia de cambio sustentada en los pasos del modelo MSCF

El equipo MSCF de una institución Y identifica falencias severas en las prácticas asociadas al trabajo de parto y parto (paso 3). El equipo analiza los factores

que inciden en la implementación de este paso y diseña una estrategia de cambio cuya población objetivo es, principalmente, el equipo de salud que participa en la asistencia de la madre durante el trabajo de parto y el parto.

Pasos básicos para el diseño de la estrategia de cambio

1. Analice los resultados del diagnóstico inicial.
2. Priorice los ejes conceptuales o pasos del modelo sobre los cuales actuará.
3. Identifique los profesionales que participan o están vinculados con los procesos de atención a los cuales se dirigirá la intervención.
4. Identifique las barreras o los facilitadores que inciden en el aspecto o paso o actividad priorizada (ver tabla 1).
5. Convoque a los profesionales de los servicios involucrados y diseñe una estrategia de intervención que facilite el cambio o la realización de las actividades necesarias para el logro de los objetivos propuestos.
6. Defina, sobre la base del consenso con los profesionales involucrados, un **plan de acción**: este plan debe establecer **qué** se realizará, **quién** lo realizará, **qué miembros o servicios** estarán involucrados, **cuándo** se implementarán las acciones de mejora, **cómo** se evaluará (indicador o indicadores que permitirán evaluar el logro de los objetivos propuestos). La tabla 2 puede resultar de utilidad.

IMPORTANTE

Al momento de proponer e implementar un cambio, el equipo MSCF debe guiar y estimular a los propios profesionales de los servicios involucrados a participar en el proceso de transformación. El plan de acción debe ser el resultado de una propuesta que:

- Esté orientada a las brechas entre la práctica observada y la práctica esperada (de acuerdo con los lineamientos del modelo MSCF).
- Considere las barreras y los facilitadores que inciden en el proceso o en las actividades que se pretenden modificar.

- Sea el resultado de la reflexión, la participación y el consenso de los profesionales involucrados en los procesos de atención que se desean modificar.
- Sea realizado de manera sistemática, identificando claramente **quiénes, qué, cuándo, dónde** se dará la intervención para el cambio, así como los resultados que se esperan alcanzar.

4. EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE CAMBIO

Es importante que el equipo MSCF evalúe el impacto y alcance de las acciones implementadas.

Cuando sea posible, será de suma utilidad el contar con recolección, monitoreo y evaluación sistemática de indicadores de resultado vinculados, por ejemplo, con la salud materna o del RN.

TABLA 1. Tipos de barreras y facilitadores a analizar en cada uno de los pasos del modelo MSCF*

BARRERA/ FACILITADOR	DEFINICIÓN	PASOS																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
Grado de conocimiento	El conocimiento inadecuado o insuficiente del equipo de salud puede actuar como una barrera para la implementación de las acciones o actividades necesarias para la concreción de cada paso. Por el contrario, el adecuado conocimiento por parte de todos los miembros del equipo de salud actuaría como un factor facilitador .																				
Habilidades o competencias esenciales	La realización de cada paso requiere que el equipo de salud cuente con un conjunto de habilidades o competencias esenciales . La falta de estas habilidades o competencias por parte del equipo de salud constituye una barrera para la implementación del modelo. Por el contrario, su presencia facilita su implementación.																				
Alineamiento y convencimiento	El alineamiento del equipo de salud respecto de la fuente que propone el modelo MSCF, y el convencimiento que tengan sobre modelo en sí mismo, son componentes esenciales en su implementación. La falta de alineamiento es una barrera para la efectiva implementación; por el contrario, la identificación y la confianza de los miembros del equipo de salud hacia la institución o fuente que lo propone actuará como factor facilitador .																				
Autoeficacia	La medida en que el equipo de salud se sienta seguro de sus propias capacidades para poner en práctica el modelo incide directamente en su implementación. Esto es lo que se conoce como sentido de la autoeficacia . Si esta está presente, sin duda facilitará la implementación del modelo; de lo contrario, se estará en presencia de una barrera .																				
Balance beneficios-costos	El balance entre los beneficios y los costos percibido por el equipo de salud puede actuar como barrera (en caso de que el equipo perciba que los costos superan a los beneficios) o como factor facilitador (en caso de que el equipo perciba que los beneficios superan a los costos de la implementación).																				
Motivación	La motivación de los miembros del equipo para implementar el modelo es un factor clave para su efectiva implementación. Profesionales desmotivados y sin interés en la iniciativa se transforman en una barrera ; por el contrario, profesionales altamente motivados constituyen un importante factor facilitador .																				

Memoria y atención	La medida en que las acciones que propone el modelo resultan conocidas (memoria y atención) para el equipo de salud, sea porque están incorporadas en la rutina diaria o porque las realizan con frecuencia, facilita la implementación del modelo. Si las acciones son nuevas, nunca antes realizadas por el equipo, entonces este factor puede actuar como una barrera para la implementación del modelo.																				
Disponibilidad de recursos	El contexto y la disponibilidad de recursos son factores esenciales para la implementación del modelo. La falta de recursos constituye una barrera muy importante en numerosas iniciativas, mientras que la situación contraria es un factor facilitador .																				
Influencia social	La influencia social es uno de los factores críticos a considerar al momento de implementar las acciones para transformar la maternidad en una MSCF. La influencia que ejercen los distintos actores dentro y fuera del sistema de salud puede limitar (barrera) o favorecer positivamente (factor facilitador) la implementación del modelo. Este factor incluye ciertos aspectos como las características de la organización y el funcionamiento del equipo de salud. Estos distintos actores pueden encontrarse dentro de la organización , pueden corresponder a miembros particulares del equipo de salud y, en ocasiones, puede tratarse de los propios pacientes o grupos de pacientes .																				
Sentimientos y emociones	Algunas iniciativas afectan positiva o negativamente los sentimientos y emociones de los miembros del equipo de salud o, también, de las embarazadas o de sus familias. Es importante identificar estos aspectos sensibles que pueden favorecer la implementación del modelo o, por el contrario, obstaculizarlo cuando se despiertan sentimientos negativos.																				

NOTA: Estos mismos factores pueden ser analizados también por ejes conceptuales del modelo, en caso de que el equipo decida implementar una estrategia de cambio destinada a fortalecer uno de los ejes conceptuales del modelo MSCF en todos los servicios involucrados.

TABLA 2. Plan de acción para la implementación de la estrategia de cambio

PASO O EJE CONCEPTUAL EN EL QUE SE FOCALIZARÁ EL CAMBIO	ACTIVIDADES SOBRE LAS QUE SE FOCALIZARÁ EL CAMBIO	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

ACTORES DEL EQUIPO DE SALUD INVOLUCRADOS	RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR LAS ACCIONES	FECHA LÍMITE	MEDIDA DE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN

ANEXO 3. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR EN EL RN EN EL MARCO DEL MODELO MSCF

Biológicamente el RN presenta un desequilibrio cuanti y cualitativo a favor de las sustancias transmisoras del dolor. Es así como, en contraposición al antiguo concepto del “RN insensible”, nos encontramos hoy ante un “RN hiperálgico”, con un umbral de percepción bajo y con una percepción del dolor intensa y difusa en el espacio. Los RN sujetos a estímulos dolorosos presentan respuestas hormonales, fisiológicas y de comportamiento con consecuencias a largo plazo que contribuyen a trastornos en su neurodesarrollo y a problemas futuros de atención, aprendizaje y conducta.

La prevención y el tratamiento del dolor es un derecho humano básico. El objetivo del manejo del dolor en neonatos es minimizar la experiencia de dolor y su costo psicológico y en el neurodesarrollo. Los servicios de neonatología y sus agentes de salud deben tomar conciencia de esta obligación, e incluir en el control de los signos vitales la medición del dolor. Además, deben tener en cuenta que el ingreso irrestricto, la permanencia continua y la participación activa de los padres en el cuidado de sus hijos e hijas es el primer y principal paso en el objetivo de brindar el máximo bienestar y confort al RN hospitalizado.

Se denomina *analgesia no farmacológica* a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objeto la reducción del dolor, y que no requieren la administración de medicación. El mecanismo de acción es variado: liberación de endorfinas endógenas, activación de sistemas de neuropéptidos y el “fenómeno de distracción”. Por razones de extensión, solo nos referiremos a este tipo de analgesia.

PRINCIPIOS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DEL DOLOR

- I. Los componentes neuroanatómicos y neuroendócrinos en el RN, aún prematuro, están suficientemente desarrollados para la transmisión de los estímulos dolorosos.

- II. El dolor del RN es frecuentemente no reconocido y, por ende, no tratado.
- III. Si un procedimiento es considerado doloroso en el adulto, así debe ser considerado en el RN.
- IV. El tratamiento adecuado del dolor disminuye complicaciones y mortalidad.
- V. La sedación no alivia el dolor.
- VI. Los servicios de neonatología deben desarrollar guías de práctica clínica y protocolos para el manejo del dolor en el RN (recomendamos la publicada por el Colegio Médico de Australia, revisión del año 2005).
- VII. El abordaje sistemático del manejo del dolor necesariamente comienza con la participación activa de la familia.

PRINCIPIOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN NEONATOS

El RN no tiene posibilidad de verbalizar el dolor. Por eso, existen métodos como el Premature infant pain profile (PIPP), la Neonatal Facial Coding Scale (NFCS), las Neonatal Infant Pain Scales (NIPS) y el CRIES Score para evaluar el dolor en bebés. En general, ante cualquier estudio o intervención que deba practicarse a un RN, es necesario:

- **Prevención:** considerar si el test o la intervención es necesaria.
- **Adecuación ambiental:** reducir el stress por noxas acústicas, visuales, táctiles o vestibulares.

En relación a las **intervenciones no farmacológicas**, más allá de la heterogeneidad observada entre los diferentes estudios, la revisión sistemática Cochrane 2011, ofrece las siguientes comprobaciones:

- El método de facilitar la succión no nutritiva es el mejor recurso no farmacológico para calmar a los RN sometidos a intervenciones que implican dolor.
- También resultan efectivos otros recursos, como el CoPaP, el arrullo en brazos y la inmovilización de las extremidades. Esta última consiste en retener brazos y piernas en posición flexionadas, con las rodillas cerca del pecho, mientras el RN yace de costado o en posición decúbito supino (practicada por enfermería).

Algunas **intervenciones con evidencia de beneficio:**

- La punción venosa es menos dolorosa que la punción de talón.
- La sacarosa es segura y efectiva para reducir el dolor por punción de dolor. Su administración (concentración 12-24%, dosis 0,5 a 1 ml dos minutos antes del procedimiento) es segura y efectiva para reducir el dolor por punción venosa en RN a término o prematuros. También lo es cuando se utiliza con succión no nutritiva (chupete), y el máximo efecto se obtiene con estimulación multisensorial (masaje, voz materna, alineamiento visual, acariciar, mecer).
- La alimentación a pecho y el COPAP reducen el dolor en punción plantar.
- El uso tópico de lidocaína y prilocaína (Emla) ha demostrado ser útil, debe aplicarse 60 o 90 minutos antes del procedimiento. Por el contrario, la administración de Midazolam no brinda analgesia y se asocia a mayor incidencia de eventos neurológicos adversos.

ANEXO 4. EL PROGRAMA ACORN EN EL MARCO DEL MODELO MSCF

ACoRN (“Acute Care of the Risk Newborn” o Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo) es un programa sin fines de lucro diseñado en Canadá con el objetivo de entrenar a los miembros del equipo de salud en la teoría y la práctica de la estabilización del RN enfermo o de riesgo durante sus primeras horas y días de vida.

Es un programa educacional que incorpora la enseñanza en base a algoritmos, brindando los conocimientos necesarios para la estabilización del RN a través de un taller interactivo, un manual de trabajo y un libro. Presenta evaluaciones básicas, como la interpretación de radiografías, gases y procedimientos que ayudan al entrenamiento. Se podrá acceder al programa ACoRN desde la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.

Esta diseñado para asistir a todos los miembros del equipo de salud responsables del cuidado del RN en la toma de decisiones, en intervenciones preventivas y curativas, básicas y o avanzadas. Utiliza un lenguaje simple y un enfoque sistemático para obtener y organizar la información clínica más relevante de cada RN que requiere estabilización, y para priorizar las intervenciones requeridas para su óptimo manejo. Es un método de 8 pasos que integra evaluación, controles, estudios diagnósticos, intervenciones y cuidados continuos tal como muestra la figura 1.

Se basa en algoritmos que comienzan con la identificación del RN de riesgo o enfermo para establecer si es necesaria o no la reanimación usando los principios de RCP. Una vez finalizada esta etapa se pasa a la Evaluación Primaria inicial basada en Signos de Alerta. La evaluación primaria produce una Lista de Problemas priorizados para cada caso. Los problemas son abordados usando una serie de secuencias o algoritmos específicos, como muestra la figura 2. En cada secuencia está indicado cuándo considerar la interconsulta o un eventual traslado a un centro de mayor complejidad. También toma en cuenta los principios y cuidados de apoyo del neurodesarrollo del RN, la comunicación y atención centrada en la familia, y las necesidades del equipo de salud.

El proceso ACoRN se repite periódicamente para reevaluar la evolución y condición del RN, y para obtener más información. La evaluación primaria ACoRN incluye los sistemas respiratorio, cardiovascular y neurológico, la identificación y manejo inicial de condiciones quirúrgicas, el manejo hidroelectrolítico y de la glucemia, la termorregulación, y la determinación del riesgo y manejo preventivo o terapéutico de la infección.

Todas las secuencias o algoritmos de ACoRN tienen una estructura semejante, lo cual hace predecible y refuerza la metodología educativa usada. La mnemotécnica ACoRN ayuda a recordar la estructura general de las secuencias: los signos de **A**lerta, los pasos **C**entrales, la **O**rganización del cuidado, la **R**espuesta necesaria, los siguientes pasos, y, de lograrse, el diagnóstico y manejo específico recomendados.

Los casos clínicos ilustran cómo y cuándo se debe entrar a cada secuencia, cómo orientarse dentro de cada una, las herramientas a utilizar, cómo y cuándo completar diagnósticos y manejos específicos, cómo y cuándo pasar a la siguiente secuencia y cómo reingresar para completar tareas pendientes.

Figura 1. El proceso ACoRN

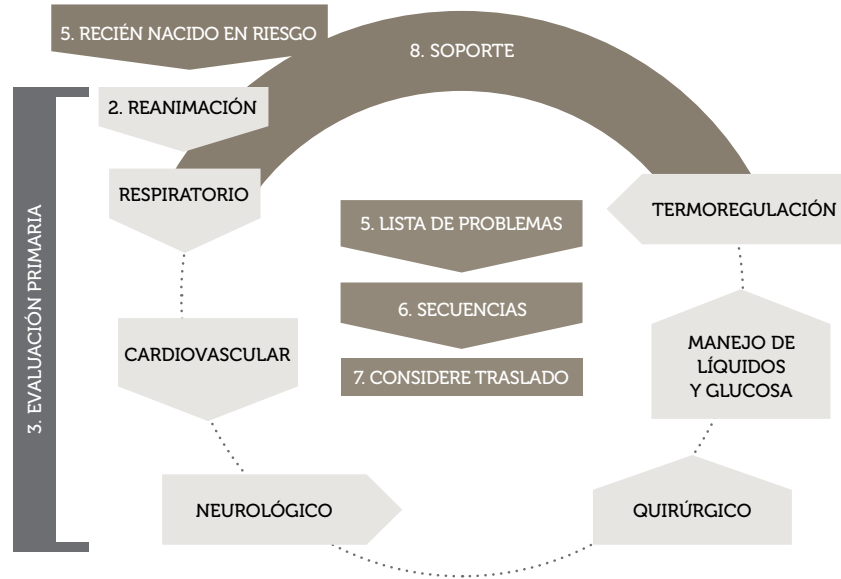


Figura 2. Secuencias ACoRN

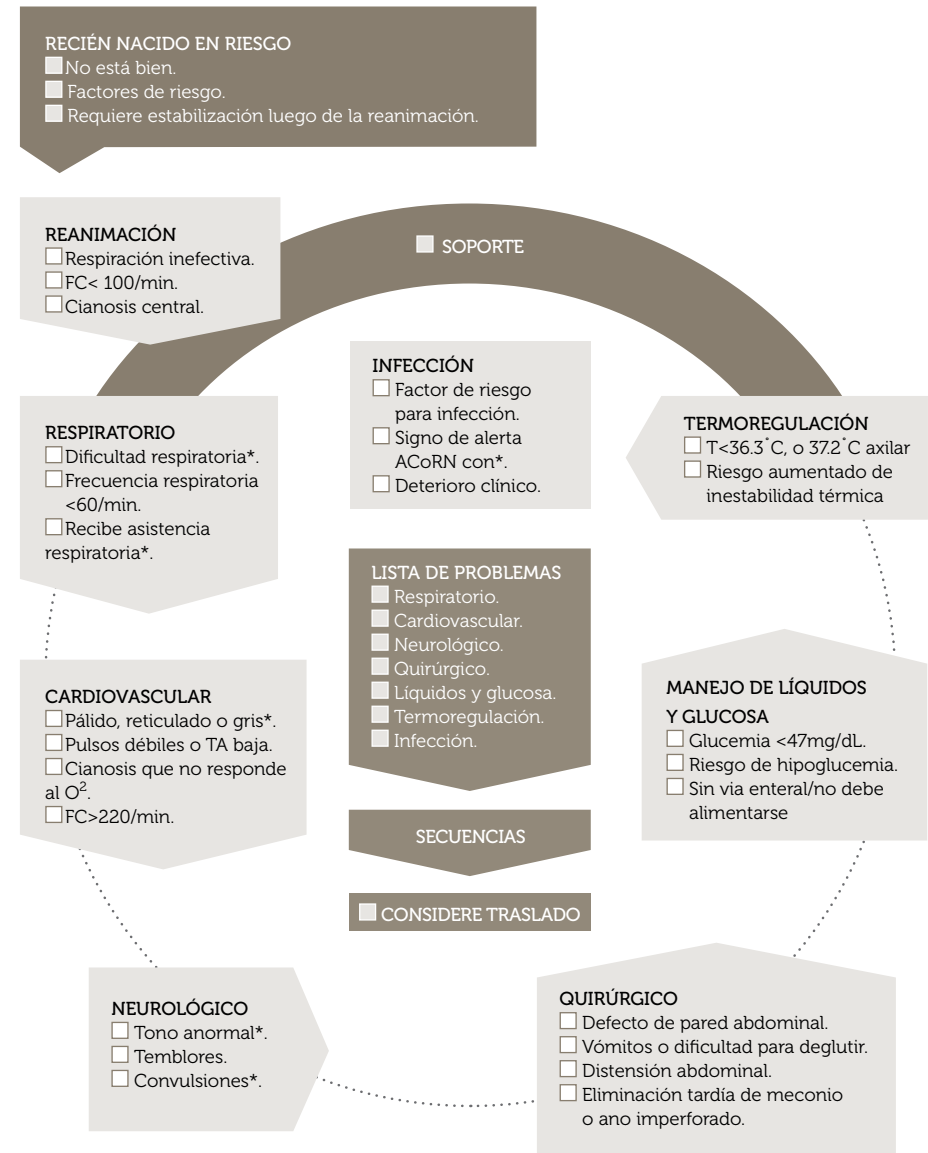
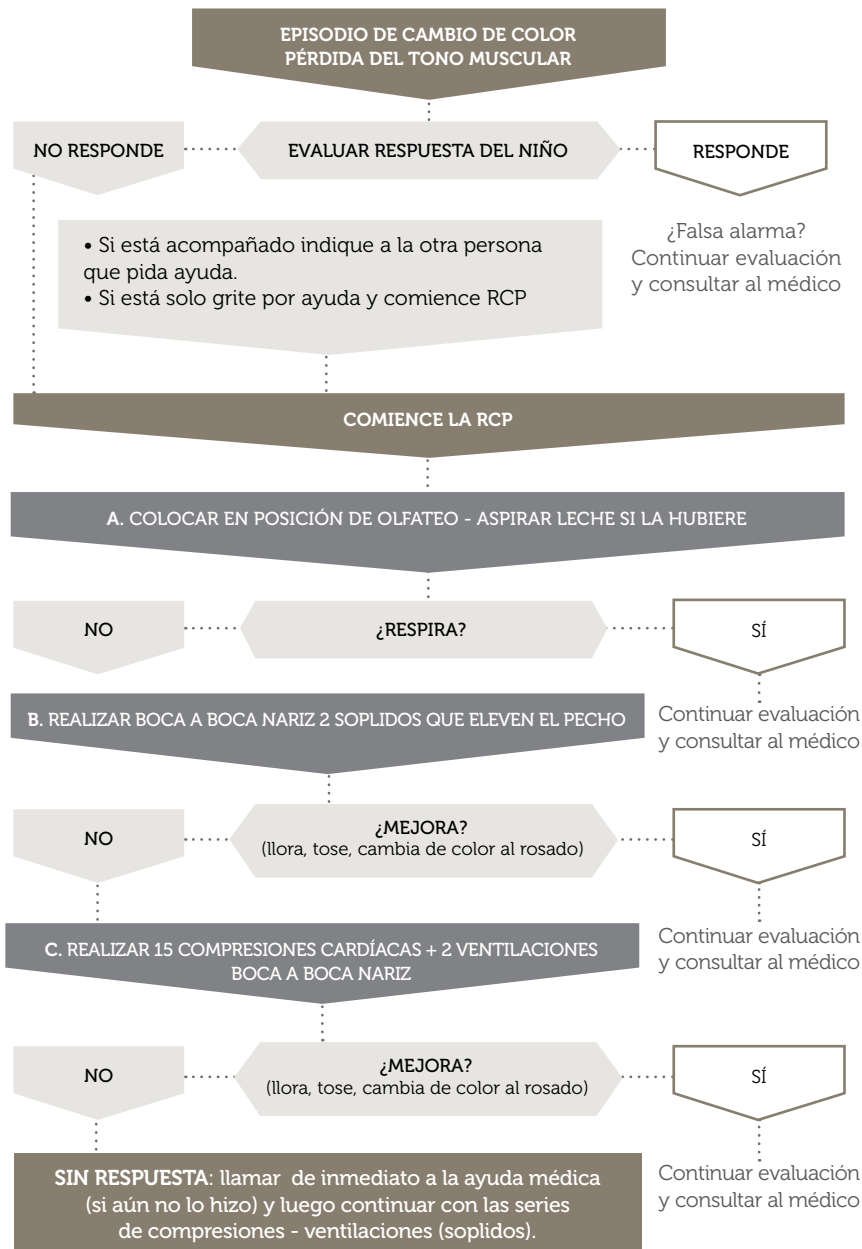


Figura 3. RCP de RN para padres



ANEXO 5. CURSO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) DE RN PARA PADRES

Este curso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) para padres⁴² tiene una modalidad teórica y otra práctica (2 horas, aproximadamente), e intenta brindar elementos para el manejo de situaciones de riesgo en el hogar —al momento del egreso hospitalario— de RN que permanecieron internados en neonatología.

Como dijimos, el trabajo no termina al egresar el paciente y su familia de la UCIN, sino que continúa con el programa de seguimiento de prematuros de la institución, encargado de que se administren los cuidados domiciliarios recomendados. Este curso es parte del cuidado seguro postalta.

Se trata de proveer herramientas sencillas, de fácil comprensión, que permitan responder a situaciones en el hogar de aparente amenaza de la vida, para aumentar la seguridad del niño de riesgo en el ámbito familiar y disminuir la ansiedad que genera el egreso de la unidad.

- Contenido teórico: organización de un sistema de emergencia domiciliario que será activado en caso de que ocurra un episodio que aparentemente amenace la vida. Conceptos básicos de reanimación neonatal. Pautas para un sueño seguro y prevención de accidentes.
- Contenido práctico: se practican las maniobras básicas utilizando muñecos simuladores neonatales, para que adquieran habilidad y destreza en el manejo inicial del paro cardiorrespiratorio, guiados por dos instructores, además de personal médico y de enfermería. Los instructores deberían formar parte del equipo de atención neonatal, para facilitar la comunicación y el aprendizaje.

La figura 3 muestra un esquema recordatorio que puede ser utilizado como instrumento para recordar, en el hogar, los puntos más relevantes del contenido del curso.

42. Esta propuesta fue elaborada por Ricardo Nieto, médico pediatra neonatólogo; Gastón Pérez, médico pediatra neonatólogo; y Marisa Polci, enfermera perinatal.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ENFOQUE INTERCULTURAL

1. *Convenio 169* de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
2. Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.
3. *Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas* del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), 2007.
4. Ley Nacional N° 24.071.
5. Oyarce, A., Ibacache, J. y Neira, J. "Reflexiones para una Política Intercultural en Salud". *Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*. Ministerio de Salud. Puerto Saavedra, 1996.
6. *Para la vida. Atención primaria de salud "revitalizada"*. UNICEF, Buenos Aires, 2011. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/PARA_LA_VIDA_16.5X22-BAJA.pdf.
7. Ramírez, S. "La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico: epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí". *Salud colectiva* [online]. 2009, vol.5.
8. *Reflexiones contenidas en la Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía*. OPS-OTCA. REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.
9. Rojas, R. *Medicina Indígena Tradicional y Medicina Tradicional*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica, 2006.
10. *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. CEPAL. Santiago, 2010.
11. Torres Parodi, Cristina. *Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales*. Washington D.C., OPS, septiembre 2003.
12. *Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna*. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. UNPFA, Quito, 2011.
13. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Organización Panamericana de la Salud; Washington, 2008; pp. 37-38.
14. Walsh, C. *Propuestas para el tratamiento de la interculturalidad en educación*. Documento base. Lima, 2000.
15. *El Análisis Causa-Raíz [ACR]. Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales*. UNICEF, Buenos Aires, 2011. Disponible en <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia-ACR-Baja.pdf>.

PASO 1

16. Datos del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/htm/perin_hospital.htm.
17. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles/publicaciones.
18. OPS/OMS, Representación argentina, "El Modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudios de buenas prácticas", 2008, Buenos Aires, www.ops.org.ar, publicaciones, n° 63.

19. Hotelling, B. A., "Is your Perinatal Practice Mother-Friendly? A Strategy for Improving Maternity Care", *Birth*, 2004; 31: 143-147.
20. UNICEF, *Salud materna y neonatal. Estado Mundial de la Infancia*, 2009.
21. Martínez Escoriza, J. C., "Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?", *Evidencias en Pediatría*, septiembre 2010, 6: 3.
22. Wax, J. R.; Lucas, F.L.; Lamont, M.; Pinette, M.G.; Cartin, A.; Blackstone, J., "Maternal and Newborn Outcomes in Planned Home Birth vs Planned Hospital Births: A Meta-analysis", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2010, 203: 1e1-8. www.AJOG.org
23. Uriburu, Graciela, "Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?", en *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Dr. Gerardo Fernández Juárez (coord.), Ediciones Abya Yala (Quito, Ecuador) y Universidad de Castilla-La Mancha (España), 2006, 173-186.
24. UNICEF, "Los derechos de los pueblos indígenas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas", agosto 2008, 85-86 y 117-129.

PASO 2

25. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles/publicaciones.
26. "National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Antenatal Care Routine Care for the Healthy Pregnant Woman" (NICE), 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>.
27. Fescina, R. H.; De Mucio, B.; Díaz Rossello, J.L.; Martínez, G.; Serruya, S., *Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*, 2ª edición: guía para la práctica básica, Montevideo: CLAP/SMR, 2010 (publicación CLAP/SMR, 1573).
28. Burrow-Ferris, *Complicaciones médicas del embarazo*, Ed. Médica Panamericana, 4ª ed. Buenos Aires, 1996; *Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual Transmitted Diseases: Treatment Guidelines*, 2002.
29. Organización Mundial de la Salud, *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. 2ª ed., Ginebra, 2005.
30. Organización Mundial de la Salud, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Una guía esencial de la OMS sobre Planificación Familiar*, 3ª ed., Ginebra, 2005.
31. Organización Panamericana de la Salud. Imán Servicios, *Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*, Washington D.C., OPS, 2005.
32. Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C., *Obstetricia*, Ed. El Ateneo, 6ª ed., Buenos Aires, 2005.
33. World Health Organization. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*, Ginebra, 2003.

PASO 3

34. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006, www.funlarguia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles/publicaciones.
35. Anim-Somuah, M.; Smyth, R.; Howell, C., "Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, n° 4, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de *The Cochrane Library*, 2008, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
36. *Birthplace in England Collaborative Group Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*. BMJ 2011; 343:d7400 doi: 10.1136/bmj.d7400 (Published 24 November 2011).
37. Carroli, G.; Belizán, J.: "Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit. Issue 3.
38. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. "Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858. CD005461.pub2.
39. Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la atención de parto normal en maternidades centradas en la familia*, 2005.
40. Hodnett, E.D.; Downe, S.; Edwards, N.; Walsh, D., "Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit. Issue 3.
41. Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. y Weston, J. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
42. Belizan, J. M.; Cafferata, M. L.; Belizan, M.; Tomasso, G.; Chalmers, B., "Goals in Maternal and Perinatal Care in Latin America and the Caribbean", *Birth*, 2005, 32 (3): 210-8.
43. Kettle, C.; Hills, R. K.; Ismail, K. M. K., "Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit. Issue 2.
44. Prendiville, W.J.; Elbourne, D.; McDonald, S., "Tratamiento activo versus manejo expectante de la etapa expulsiva del parto (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit., 2009, n°4 (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009, Issue 3, Art. CD000007).
45. Rebecca, M. D.; Smyth, S.; Alldred, K.; Markham, C., "Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revision Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit., 2009, n° 3 (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007, Issue 4, Art CD006167).
46. Resolución 28/2012. Ministerio de Salud de la Nación. Sistema Argentino de Información Jurídica: www.infojus.gov.ar.

PASOS 4 Y 5

47. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas*

en la Familia, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006, www.funlarguia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles/publicaciones.

48. Larguía, A. M.; Enríquez, D., *Manejos integrales en neonatología*, 2ª ed., año 2006, Buenos Aires, www.funlarguia.org.ar, Herramientas; www.sarda.org.ar, sección profesionales.
49. Fava Vizziello, G., et al., *Los hijos de las máquinas*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1992, cap. 3.3.2.
50. Helman, V.; Villavella, N., *Niños prematuros. Psicoanálisis y neonatología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.
51. Druon, C., *A l'ecoute du bébé prématuré*, París, Ed. Aubier, 1996.
52. Ministerio de Salud, *Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad*. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres348_2003.pdf.
53. González, M. A., "Intervenciones psicoterapéuticas en neonatología", en IV Congreso Internacional de Psicoterapia, Buenos Aires, septiembre 2005, <http://www.depsicoterapias.com>, Interdisciplina.
54. González, M. A.; Naddeo, S., "Niños hospitalizados desde el comienzo de la vida", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Buenos Aires, 2007, 26 (4): 156-161.
55. Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), *Primera guía argentina de Perinatología*, Buenos Aires, 1994.
56. Brundi, M.; González, M. A.; Enríquez, D.; Larguía, A. M., "Contacto piel a piel madre-hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Buenos Aires, 2006, 25 (4): 160-168.

57. Freud, S., "Introducción al narcisismo", en *Obras completas*, tomo XIV, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1984.
58. Martínez, J. C., *Los primeros días en la Unidad de Terapia Intensiva. El bebé prematuro y sus padres: medicina y amor*, Buenos Aires, Ed. Lidium, 1993.
59. Ruiz, A., *El bebé prematuro y sus padres*, Buenos Aires, Ed. Miño y Dávila, 2004.
60. Freud, S., "Duelo y melancolía", en *Obras completas* cit., tomo XIV.
61. Klaus, M.; Kennell, J., *La relación madre-hijo*, Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1988; Ed. Lidium, 1993.
62. Mathelin, C., *Clínica psicoanalítica con niños*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 2001.
63. CLAP : Defey, D. ; Díaz Rossello, J. L. et al., *Duelo por un niño que muere antes de nacer*, Ed. Roca Viva, Montevideo, 1992.
64. WHO, UNFPA, UNICEF, *Tratamiento de los problemas del recién Nacido: guía para médicos, enfermeras y obstétricas*, 2003.
65. Sarubbi, M. A., y Red Neonatológica de la Ciudad de Buenos Aires, "Recomendaciones para el control de infecciones intrahospitalarias", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, año 2005, 24 (4).

PASOS 6 Y 7

66. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, op. cit.
67. Larguía, A. M.; Lomuto, C.; Tortosa, G.; González, M. A.; Naddeo, S., "Detección de interferencias y evaluación cualicuantitativa de actividades para transformar el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá en una maternidad centrada en la familia", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2003, 22 (2).

PASO 8

68. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, op. cit.
69. Schapira, I.; Aspres, N., capítulo 2, en Larguía et al., *Guía...* cit., pág. 60; Anexo 2, págs. 85-88.
70. Larguía, A. M.; Schapira, I.; Aspres, N., *Guía para padres de prematuros*, Ed. FUN, 2008, Buenos Aires, www.sarda.org.ar, Sección para padres; www.funlargaia.org.ar, Herramientas, Lectura para padres.
71. Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo*. Buenos Aires, 2001. Revisión 2005. Disponible en <http://www.msar.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/06-RN%20de%20riesgo.pdf>.

PASO 9

72. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, op. cit.
73. Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Mundial de la Salud «UNICEF/ OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 1. Antecedentes e implementación, 2009», Washington D.C., OPS © 2008. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3041&Itemid=2347&lang=es (último acceso: septiembre 2010).

ANEXO 2

74. Michie, S., et al., "Making Psychological Theory Useful for Implementing Evidence Based Practice: A Consensus Approach", *Qual. Saf. Health Care*, 2005, 14: 26-33.
75. Croteau, R. J., *Designing and Implementing an Action Plan for Improvement. In Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques. Joint Commission Resources and Joint Commission International*, 4ª ed., 2010.
76. Sousa Campos, G. W., "Gestión en salud. El anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso", *Cadernos de Saúde Pública*, 1998, 14 (4): 863-870.
77. Van Bokhoven, M. A.; Kok, G.; Van der Weijden, T., "Designing a Quality Improvement Intervention: A Systematic Approach", *Qual. Saf. Health Care*, 2003, 12: 215-220.

ANEXO 3

78. *Guideline Statement: Management of procedure - related pain in Neonates*. Royal Australasian College of Physicians, 2005.
79. Pillal Riddell, R.R., Racine, N.M., Turcotte, K. y col. *Non Pharmacological management of infant and Young child procedural pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; (Nº 10) CD 006275.
80. Soriano, F.J. *Analgesia no farmacológica: necesidad de implementar esta práctica en nuestra atención a RN y lactantes, ante procedimientos dolorosos*. Evid. Pediat. 2010; 6: 72.
81. Soto Conti, C. *Dolor en el RN: prevención y tratamiento. Tesis de Maestría*. Buenos Aires, 2011. En prensa.

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

- **ACORN**: Acute Care of the Risk Newbern o Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo
- **CEDES**: Centro de Estudios de Estado y Sociedad
- **CLAP**: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
- **Colpo**: colposcopia
- **CONE**: Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
- **COPAP**: contacto piel a piel
- **CPAP**: presión positiva continua por vía nasal
- **CPN**: control prenatal
- **FUM**: fecha de última menstruación
- **FUN**: Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía
- **HAMN**: Hospital Amigo de la Madre y el Niño
- **VIH/SIDA**: Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- **HMIRS**: Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
- **HTA**: hipertensión arterial
- **IIH**: infección intrahospitalaria
- **LH**: leche humana
- **MCF**: Maternidad Centrada en la Familia
- **MSCF**: Maternidad Segura y Centrada en la Familia
- **OMS**: Organización Mundial de la Salud
- **ONG**: Organización no Gubernamental
- **OPS**: Organización Panamericana de la Salud
- **Pap**: papanicolau
- **RM**: Residencia para Madres
- **RN**: recién nacido
- **SIP**: sistema informático perinatal
- **TcBi**: transcutaneous bilirubin index - Medición transcutánea de Bi
- **TPR**: trabajo de parto, parto y recuperación
- **UNICEF**: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
- **VDRL**: Venereal Disease Research Laboratory – Búsqueda de enfermedades venéreas

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA

Larguía, A. Miguel

Académico de Número Academia
Nacional de Medicina
Médico pediatra neonatólogo
Jefe de División Neonatología
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Presidente de la Fundación
Neonatólogica (FUN)

González, María Aurelia

Psicóloga clínica
Servicio de Salud Mental Hospital
Materno Infantil Ramón Sardá
Directora de Programas Integrales
de FUN

Solana, Claudio

Médico pediatra neonatólogo
Jefe de Unidad Terapia Intensiva
Neonatal Hospital Materno Infantil
Ramón Sardá
Director de Investigaciones
Clínicas de FUN

Basualdo, María Natalia

Médica tocoginecóloga
Unidad de Alto Riesgo Obstétrico
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Equipo FUN

Ortiz, Zulma

Especialista en Salud para UNICEF
Médica reumatóloga
Master en Epidemiología, Gestión
y Políticas de Salud
Asesora del Comité de Investigación
de la OPS

Di Pietrantonio, Evangelina

Médica tocoginecóloga
Consultorios Externos – Área Urgencias
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Equipo FUN

Bianculli, Pablo

Médico pediatra y de adolescentes
Magíster en Administración
de Negocios (MBA)
Director Ejecutivo de FUN

Esandi, María Eugenia

Consultora UNICEF
Médica epidemióloga
Magíster en Evaluación de Tecnologías
Sanitarias y Gestión
de Servicios de Salud

Cuyul, Andrés

Consultor Área Salud UNICEF

SEGUNDA EDICIÓN.

Este libro se terminó de imprimir en el mes de junio de 2012,
en Buenos Aires, Argentina.



Fundación Neonatológica A. Miguel Largaía
secretaria@funlargaia.org.ar
www.funlargaia.org.ar



Hospital Materno Infantil
Ramón Sardá
www.sarda.org.ar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación
consultas@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar



Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)
buenosaires@unicef.org
www.unicef.org.ar

