

Transformando entornos perinatales

Dispositivos para la seguridad del paciente en la salud perinatal

La experiencia de Córdoba



Dirección editorial

Javier Quesada, Especialista en Primera Infancia y Salud. UNICEF

Coordinación

Julia Anciola, Oficial de salud. UNICEF

Flavia Cristina Raineri, Experta en salud perinatal y desarrollo infantil temprano. UNICEF

Autoras

Laura Brua, Natalia Basualdo

Autores. Estudio cualitativo “Proyecto parto de oro: por una bienvenida a la vida con perspectiva de derechos”

Amelia López, Celina Di Cola, Darío Anzaudo, Magdalena Arnao, Silvana Melisa Herranz

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), mayo de 2024.

Edición y corrección: Guadalupe Rodríguez

Diseño y diagramación: Valeria Goldsztein

Agradecimiento especial a Mariana Van Ooteghem y a Paloma Caseb de la Dirección de Salud del embarazo, perinatal y niñez por sus aportes a esta publicación y su compromiso con la experiencia.

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.

El uso de un lenguaje que no discrimine, que no reproduzca estereotipos sexistas y que permita visibilizar todos los géneros es una preocupación de UNICEF y de quienes trabajaron en esta publicación. Se optó por distinguir por géneros en algunos pasajes y por el masculino genérico en otros, de acuerdo con lo que resultó más claro y fluido para la lectura, y siempre con la intención de incluir en estas páginas a todas las personas de todos los géneros.

Cita sugerida: UNICEF. Transformando entornos perinatales. Dispositivos para la seguridad del paciente en la salud perinatal. La experiencia de Córdoba. CABA: UNICEF, mayo de 2024.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

www.unicef.org.ar / buenosaires@unicef.org

Transformando entornos perinatales

**Dispositivos para la
seguridad del paciente
en la salud perinatal**

La experiencia de Córdoba



para cada infancia

Índice

Introducción	7
1. Situación perinatal en la Argentina	11
Cambios en el paradigma de atención	14
2. Cultura de la seguridad del paciente	17
El enfoque de cultura justa	18
3. El dispositivo	23
Objetivos	24
Diseño	24
Intervenciones virtuales.....	32
4. Resultados de la experiencia en Córdoba	37

5. Recomendaciones para los distintos niveles de intervención	43
6. Reflexiones en torno a la experiencia.....	47
7. Estudio cualitativo “Proyecto parto de oro: por una bienvenida a la vida con perspectiva de derechos”	51

Anexos

Anexo 1. Instrumento para el diagnóstico inicial	61
---	-----------

Anexo 2. Instrumento para las entrevistas semiestructuradas.....	64
---	-----------

Anexo 3. Instrumento para elaborar un plan de acción	71
---	-----------

Anexo 4. Instrumento para elaborar un informe final de la implementación de la estrategia.....	74
---	-----------

Referencias bibliográficas	77
---	-----------

Introducción





Introducción

Esta guía presenta la experiencia del trabajo realizado entre UNICEF, la Dirección de Salud del Embarazo, Perinatal y de la Niñez (DiSEPeN) y la Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de Córdoba en 14 maternidades de la provincia durante 2023. En esa oportunidad se generaron herramientas orientadas a la promoción de la seguridad de pacientes en las maternidades centrándose también en el respeto por los derechos de las personas gestantes y sus hijos e hijas.

A partir de un evento adverso, que afectó a varias familias en una maternidad provincial de la ciudad de Córdoba, se inició un proceso de revisión de prácticas y de aplicación de normativas que mostró la necesidad de generar una intervención ajustada a la situación particular detectada. Esta intervención, más allá de mostrar fallas en algunos puntos específicos, también promovió la revisión estructural del sistema de atención perinatal, tomando la lógica de revisar los circuitos y la cultura organizacional de las instituciones, ya que un evento adverso es solo la punta del iceberg de una situación sistémica subyacente.

El proceso se inició en diciembre de 2022 y culminó en agosto de 2023. En este período se diseñó e implementó un dispositivo con un componente presencial y otro virtual de seguimiento. El equipo de la Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de Córdoba hizo un aporte significativo a la experiencia, trayendo la voz de las usuarias y sus familias.

En este sentido, se realizaron entrevistas semiestructuradas aplicadas a las personas gestantes que atravesaron el embarazo y el parto en algunas de las maternidades seleccionadas. Esta experiencia permitió, por un lado, escuchar la voz de las mujeres y sus familias; y por el otro, comparar con lo que pensaban los equipos de atención perinatal. Es fundamental siempre respetar este principio de participación de las usuarias, las familias y la comunidad, en todas las intervenciones de salud, porque todas las personas deben tomar decisiones informadas sobre lo que desean para su propio proyecto de vida.

El trabajo estuvo abordado desde los enfoques de derechos, equidad y género. Estos abordajes son indispensables cuando se trata de salud perinatal y de cuidado de las familias en las maternidades, y es necesario que lleguen a cada miembro del equipo de salud y también a toda la comunidad.

Dentro de esta intervención se incorporaron diversas prácticas innovadoras ajustadas a la necesidad de cada institución, que se fueron articulando a través del acompañamiento en un proceso complejo, que continúa evolucionando.

La intervención que se generó enfatizó sus acciones en promover la calidad y la calidez en la atención, procurando el cumplimiento de las leyes de parto respetado (Ley N.º 25.929), de prevención de toda forma de violencia contra la mujer (Ley N.º 26.485), la Ley de los 1000 días (Ley N.º 27.611) y la Ley de derechos de los pacientes (Ley N.º 26.529).

Durante el recorrido se tomaron registros para una posterior sistematización de la experiencia; el objetivo fue obtener evidencia y lecciones aprendidas, sabiendo que puede servir como generador de una intervención con aspectos innovadores en el ámbito de la seguridad de pacientes, aplicada específicamente en salud perinatal. Estos aprendizajes pueden ayudar a la aplicación de otros instrumentos similares en otras instituciones del país y sostener en el tiempo los cambios que la iniciativa propone para las maternidades.

Por lo tanto, los objetivos específicos de esta publicación son:

- » Compartir las lecciones aprendidas en la provincia de Córdoba.
- » Mostrar la aplicación de acciones de promoción de un trabajo de parto, parto-cesárea y nacimientos seguros en un grupo de maternidades seleccionadas.
- » Describir intervenciones de bajo costo y alto impacto para lograr una experiencia de nacimiento positiva, escuchando la voz de las usuarias y las familias.
- » Presentar un modo de acompañar a los equipos de salud en la gestión efectiva del proceso de atención.

1





1. Situación perinatal en la Argentina

El país cuenta con un marco regulatorio para la asistencia perinatal, con una legislación vanguardista, que en la práctica y en la asistencia diaria de todos los nacimientos no se aplica integralmente. Si bien el programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) se desarrolló hace varios años, la implementación de este modelo de atención es variada y heterogénea en todo el país. Las causas evitables de mortalidad hacen imprescindible repensar las estrategias para buscar soluciones que brinden una atención segura para todas las personas gestantes y sus bebés.

El número de nacimientos en la Argentina descendió de 697.461 recién nacidos vivos (RNV) en 1980 a 683.485 en 2001, y volvió a descender a partir de 2019 hasta llegar a un total de 529.794 en 2021 (Dirección Nacional de Población, 2021). Esta disminución es multifactorial, y sigue siendo prioritario lograr una máxima equidad en relación con el acceso a la información y la toma de decisiones compartidas con las familias.

En la Argentina, la probabilidad de tener una complicación con riesgo vital es diferente según el área geográfica que se considere. En 2020, fallecieron 221 personas por causas vinculadas con el embarazo, el parto y el puerperio, con una razón de mortalidad materna (RMM) de 4,1/10.000. El número de fallecimientos aumentó en 2021 a 393 personas gestantes, por la situación epidemiológica causada por el COVID-19 y la RMM subió a 7,42/10.000. Sin embargo, si se considera la mortalidad materna directa, sólo 102 personas fallecieron por causas evitables (DEIS, 2021).

Existe una clara disparidad en el acceso a los cuidados de calidad que se refleja en las cifras de la RMM desagregada por región o área geográfica. Como ya se mencionó, la RMM para el país en 2021 fue de 7,42, pero más allá del COVID 19, los números denuncian las brechas entre provincias: Santiago del Estero (19,1) y Chaco (13,9) duplicaron la media nacional; y otras como Formosa (11,3), Corrientes (12,1), Tucumán (10,9), Salta (10,8), Misiones (10,7) y Catamarca (10,5) están por encima de la media nacional en varios puntos; en el otro extremo, hay jurisdicciones como la Ciudad Autónoma de Buenos


Aires (CABA) que presenta otra realidad, con una cifra de RMM de 2,7/10.000. De esto se desprende que **en la Argentina el riesgo de morir al momento de parir es más del doble en los lugares más pobres, alejados de la capital, con menor probabilidad de recibir cuidados de calidad y estrategias de prevención de mortalidad materna.**

Un ejemplo en las diferencias de atención perinatal lo muestra el tamizaje de preeclampsia (PE) antes de la semana 16 para administrar aspirina y calcio, que casi no se realiza en la mayoría de las personas gestantes de los lugares más vulnerables. Esta estrategia demostró reducir 70% la incidencia de PE precoz, primera causa de mortalidad materna directa en el país. La segunda causa es la hemorragia, asociada en el 70% de los casos a la atonía uterina. Esta situación de riesgo vital para la persona gestante es prevenible con el manejo activo del alumbramiento (administración de ocitócicos, tracción controlada del cordón y masaje del fondo uterino), un abordaje de bajo costo y altamente efectivo que no se aplica en todos los casos.

Estas cifras muestran la necesidad de seguir trabajando para disminuir la muerte materna, proteger y cuidar la salud perinatal, lograr que todas las personas accedan a un método anticonceptivo, a una evaluación integral preconcepcional para programar el embarazo, y a un control prenatal precoz y de calidad, basado en estrategias de prevención ya demostradas por la evidencia científica hace años.

Dentro de esta mirada integral, la prevención de la violencia obstétrica, definida como un tipo de violencia contra personas gestantes en cualquier momento del proceso de atención, requiere un abordaje de estrategias múltiples, con participación en los equipos de atención de especialistas en salud mental, trabajo social, sociología y otras miradas inclusivas, para elaborar prácticas clínicas basadas en evidencia científica. El proceso de maternidad (embarazo, parto y puerperio) representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar, por eso debe ser entendido como un hecho que trasciende lo biológico, adquiriendo un valor psicológico, social y cultural. Por esta razón, **el abordaje integral incluye la perspectiva de la salud mental perinatal.**

La participación activa de las personas gestantes en la toma de decisiones sobre los procesos de atención médica, ejerciendo sus derechos y contribuyendo a mejorar la calidad de la atención resulta fundamental. El trato empático y la escucha activa de las necesidades de las familias previene todo tipo de violencia y es reconocido como un valor por ellas. Desde el inicio de la experiencia en Córdoba, también se planteó un trabajo intersectorial, necesario para abordar las problemáticas de salud incluyendo a los determinantes sociales y ambientales. Por esta razón se sumó a la Defensoría, que con su mirada y sus aportes recogió la perspectiva de las mujeres y sus familias.



Para que los equipos de salud perinatal puedan adoptar nuevas estrategias, es necesario generar tiempo para la reflexión y la educación permanente en servicio. Para los cambios, no alcanza solo con conocer, sino que debe haber espacios que promuevan la transformación y una cultura organizacional basada en la seguridad de las y los pacientes, que permita y genere la mejora continua. Habitualmente, aunque existan reglamentaciones nacionales, esta información llega escasamente a los equipos de salud y no se traduce en cambios de actitud en las prácticas cotidianas (Puertas *et al.*, 2020).

Es necesario también considerar la situación actual de los equipos de salud, que se encuentran, especialmente luego de la pandemia por COVID-19, agotados, con poco incentivo para el trabajo y desvalorizados. Es muy importante reconocer el accionar cotidiano, promover la reflexión y el pensamiento crítico (Di Marco 2021; ONU Argentina, 2021).

Así como los equipos que trabajan en salas de parto deben estar formados, los decisores institucionales también necesitan contar con herramientas para la gestión de organizaciones con perfil perinatal. Dentro de las estrategias más eficaces y eficientes se incluye la seguridad del paciente, la implementación de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), la regionalización perinatal y también el reconocimiento del marco regulatorio como las leyes de los 1000 días, de parto respetado, de prevención de la violencia contra las mujeres y de respeto a los derechos del paciente.

La respuesta de los decisores del equipo de salud (jefes, directores, etc.) a las situaciones vinculadas con la seguridad de las familias, como por ejemplo la muerte perinatal, es la piedra fundacional para una cultura institucional de seguridad donde el error se considere como posibilidad dada la naturaleza humana y debe ser prevenido por el análisis sistemático, rápido, basado en los procesos, no punitivo y que incluya una devolución clara a todas las personas involucradas (familia y equipos de salud). Esta estrategia evita que el vínculo de los equipos de salud con las personas que son atendidas y su entorno se vea afectado por factores externos que alteren la confianza mutua, generando así una atención segura, efectiva y cálida.

Como ejemplo, dentro de la seguridad del paciente, una herramienta de gran utilidad y recomendada es la aplicación del análisis causa-raíz, que solo resulta eficaz si se lleva adelante con los pasos, la celeridad y la seriedad requeridos. El equipo de salud debe recibir una devolución, ser informado en tiempo y forma para construir un sistema seguro y robusto, donde todos sepan qué pasó, por qué pasó y qué estrategias se van a implementar para que no vuelva a ocurrir. No alcanza con hacerlo, también es necesario hacerlo bien. Para este punto es imprescindible el compromiso explícito de los decisores acompañando todos los procesos (UNICEF, 2011).

En perinatología, los tiempos son breves y tan pronto como ocurra un evento adverso se necesita la revisión permanente de los indicadores de proceso. La información en tiempo real permite tomar decisiones adecuadas con rápida respuesta ante los hechos, generando también confianza en los miembros del equipo sobre el apoyo de los niveles superiores. Es fundamental que los efectores generen información de cada nacimiento, que pueda ser evaluada por jefes de servicio, quienes generarán reportes periódicos con indicadores que tengan seguimiento en el nivel central.

Este momento único, vital, que es el proceso de maternidad, debe ser asistido basado en evidencia científica, libre de prejuicios, opiniones individuales y ser gestionado eficientemente. Y las familias deben estar informadas, con capacidad de decidir, porque son el mejor monitor del cumplimiento de una atención segura. Por esto, un programa con estrategias múltiples beneficia tanto a las familias como al sistema sanitario, porque las primeras adquieren mejor atención y el segundo, la satisfacción de saber que está brindando una prestación de máxima calidad a la sociedad de la que es parte.

Cambios en el paradigma de atención

Para cambiar un paradigma de atención es importante poder revisar las estrategias, repensando, corrigiendo y redireccionando acciones y prácticas. Los equipos necesitan capacitación, pero también acompañamiento permanente para lograr el cambio esperado en el modelo de atención que respete los derechos reproductivos y la implementación de prácticas efectivas y seguras. La magnitud y el volumen de las barreras para implantar un programa muchas veces superan las expectativas del equipo que pensó las estrategias, generando la necesidad de redefinirlas. Este compromiso cotidiano y permanente de revisión por parte de todos los miembros permite elaborar nuevas intervenciones con puntos de encuentro hechos a medida para cada uno de los lugares donde nacen personas.

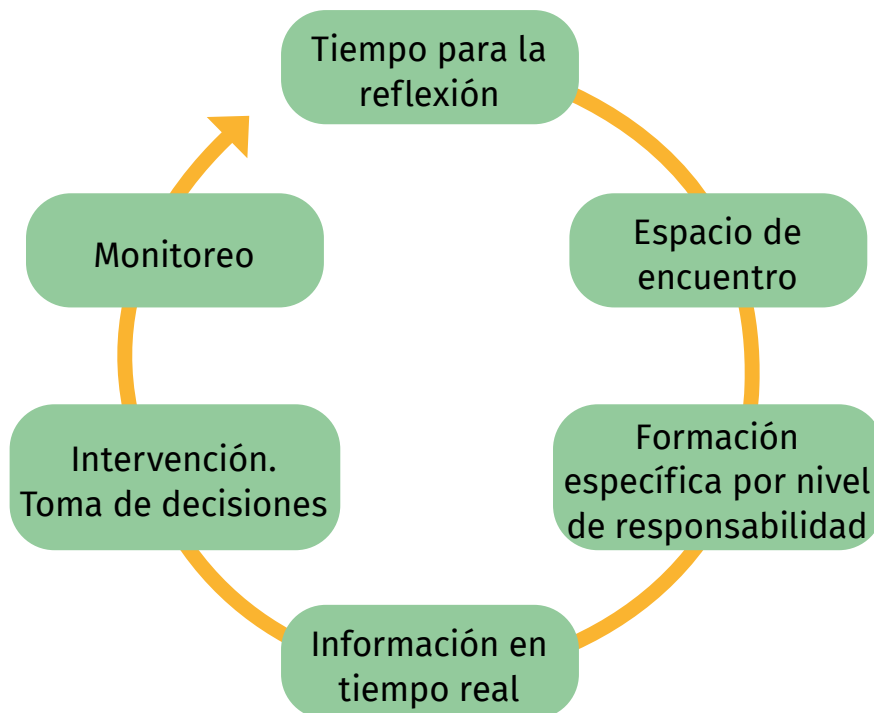
La observación en terreno es fundamental y siempre necesaria. En este caso se brinda un ejemplo con un instrumento disponible en los recursos de esta guía, que permite la observación directa, el intercambio de opiniones y el monitoreo en tiempo real de otras intervenciones descritas como seguras y adecuadas como son la identificación de pacientes, la prevención de caídas, la cirugía segura, el uso de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia, el contacto piel a piel con el recién nacido, entre otras.

Asimismo, el monitoreo permanente de indicadores y el seguimiento continuo a los equipos permite acompañar el desafío cotidiano en entornos cambiantes y diversos.

¿Qué hace falta para generar el cambio?

1. Tiempo para la reflexión.
2. Espacios de encuentro.
3. Formación específica por niveles de responsabilidad.
4. Información en tiempo real.
5. Intervención. Toma de decisiones.
6. Monitoreo.

Gráfico 1. Espiral de mejora continua.



2



2. Cultura de la seguridad del paciente

Aceptar que en el proceso de atención se puede generar algún daño, incluso la muerte, es transitar hacia un nuevo paradigma que considera al error como inherente a la condición humana. Promover la seguridad del paciente interpela al equipo de salud, que debe dar respuesta.

Desde el primer reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos (*Errar es humano*, 1999) hasta la actualidad se plantearon diferentes dilemas y estrategias que transformaron la evidencia científica en procesos seguros que permiten minimizar eventos adversos.

Esta guía busca transmitir la experiencia de una intervención que surgió del análisis de eventos adversos, también llamados centinela, y mostrar cómo se modificaron algunos indicadores perinatales que muestran beneficios para los equipos de trabajo y para los verdaderos protagonistas de la atención: las personas gestantes, las y los recién nacidos, familias y acompañantes.

La seguridad del paciente implica la reducción a un mínimo aceptable de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud de una persona.

La OMS sugiere que para lograr equipos robustos y eficientes se trabaja sobre cuatro líneas:

1. Planificación estratégica.
2. Fomento de la cultura de seguridad.
3. Construcción de procesos seguros.
4. Uso de buenas prácticas.

En los lugares donde nacen personas la seguridad debe asumirse como un valor innegociable. Para construir este concepto es clave plantear un modelo que comprometa a los decisores y a todos los equipos, por eso la cultura de la seguridad tiene que ser fomentada por directores y jefes como ejemplo. La seguridad es parte de los valores y las acciones cotidianas de toda institución sanitaria y no debe verse como una “tarea adicional”. El mensaje real para cualquier enfoque de valores de seguridad es: “la seguridad primero” (UNICEF, 2011).

El enfoque de cultura justa

El histórico enfoque punitivo de los incidentes de seguridad mostró no ser útil, dado que fomenta la ausencia de reporte, el ocultamiento y la aparición o agravamiento del fenómeno que experimentan los equipos de salud al convertirse en “segundas víctimas” del evento adverso evitable. Por el contrario, actualmente se recomienda adoptar el enfoque de cultura justa, que aborda los incidentes de seguridad desde una visión sistémica, reconociendo que la gran mayoría de los errores son involuntarios y buscando identificar las condiciones que los generaron, para entenderlos e intentar prevenirlos en un futuro.

Reconocer el valor del reporte de los incidentes por el personal de salud, sin asignar culpa y con una postura de responsabilidad, compasión y preocupación hace que, conociendo los incidentes, se pueda rápidamente generar un proceso seguro que evite su repetición.

La cultura justa no implica una postura *laissez faire*, sino que por el contrario incluye el reconocimiento de las infrecuentes conductas de riesgos imprudentes, a fin de generar procesos seguros y confiables. Es un modelo que se basa en la creación de una cultura abierta, honesta y justa de responsabilidad compartida que fomente la seguridad de las y los pacientes.

Las maternidades deben ser instituciones que se responsabilizan por los sistemas que diseñaron y respondan de manera imparcial y justa a las conductas de las personas. Con esto se busca consolidar sistemas seguros y robustos que favorezcan buenas conductas. Este diseño no ve a los eventos adversos como una oportunidad para mejorar, comprendiendo que los riesgos creados por el sistema y por las conductas de las personas pueden ser minimizados con decisiones que optimicen los recursos disponibles, aunque sean limitados (ONU Argentina, 2021).

Cultura justa

Existen claras diferencias entre el error humano, que cuando ocurre debe ser acompañado por un cambio para hacer el proceso más estandarizado y seguro, y la conducta temeraria que llevará a una intervención de sanción.

Error humano: es producto del diseño del sistema y de conductas individuales. Puede darse por: cambios en procesos, falta de capacitación, problemas del ambiente y/o diseño. Ejemplo, un olvido en la administración de un tratamiento, error en la administración de un medicamento. En este caso la estrategia para evitar que vuelva a ocurrir es acompañar al **personal sanitario y construir el proceso operativo que resuelva el problema encontrado.**

Conducta riesgosa: el riesgo no debe justificarse. En estos casos se propone la remoción de incentivos para esas conductas riesgosas y crear incentivos para conductas seguras, aumentando la conciencia de la situación. **CAPACITAR** es la clave para prevenir errores de este tipo.

Conducta temeraria: consiste en el desprecio consciente de riesgos sustanciales e injustificables. Para prevenir la ocurrencia en estos pocos casos se deben considerar acciones punitivas o de remedio. Por ejemplo: enfermera que no interviene porque no es su cama, el anestesista se retira del quirófano, abandono de guardia. **SANCIONAR** es la estrategia para evitar que vuelva a ocurrir.

Para generar un sistema de atención robusto y confiable es imprescindible considerar a todo el sistema, desde las personas usuarias y sus familias, hasta el equipo de salud y la institución. Inicialmente, el foco estaba puesto en las personas que recibían el servicio, luego en el equipo de salud (como se mencionó, considerado “segunda víctima” ante un evento adverso evitable). Los agentes sanitarios que participaron en el proceso de asistencia quedan afectados (trauma) por la experiencia, sin herramientas de afrontamiento, con daño para su salud y dificultades para cumplir su trabajo cotidiano. Es necesario, entonces, contar con espacios sistemáticos de análisis y respuesta, conocer qué pasó, cómo pasó y cuál es el proceso para evitar que vuelva a ocurrir. Esto permite retornar a la asistencia con confianza, seguros de que las posibilidades de que el evento vuelva a ocurrir son mínimas, y evita las conductas basadas en el miedo a la litigiosidad y el riesgo médico-legal (Ministerio de Salud, 2022).

La opinión pública cuestiona el prestigio y la confiabilidad de los hospitales donde ocurren eventos graves y cuando se produce la difusión de un hecho, la institución se considera como “tercera víctima”. Si bien todavía no está claro cómo abordar la problemática, habría que construir estrategias para afrontar de manera sistematizada esto, con una visión integral de la seguridad de las y los pacientes y los equipos de salud (Marx, 2001).


Sin dudas, siempre las “primeras víctimas” (pacientes, familia y acompañantes) son el centro de atención, pero cada vez que un equipo de salud encuentra un espacio de reflexión manifiesta que como “segundas víctimas” sufren en silencio, sin poder expresar la frustración, la culpa, el miedo, y tampoco cuentan con herramientas para un acompañamiento empático, humano, sin juicio de valor ante lo acontecido. Por su parte, las “terceras víctimas” ven afectado su prestigio ante la exposición mediática. Si se tiene un proceso sistematizado de análisis y respuesta, es más fácil responder y asistir rápidamente a las tres víctimas de un evento adverso evitable.

Las acciones fundamentales en seguridad del paciente

1. Compromiso institucional para trabajar en la cultura de la seguridad.
2. Identificación del evento y reporte.
3. Análisis de los incidentes.
4. Descripción de los desvíos del proceso.
5. Elaboración del informe con devolución al equipo.
6. Implementar soluciones para minimizar los riesgos o impedir que se repitan.

3





3. Dispositivo multidimensional híbrido para la implementación de estrategias seguras en la atención perinatal

En algunas instituciones, la cultura de la seguridad del paciente está instalada, pero en muchas otras surge la necesidad de iniciar este trabajo a partir de un evento adverso que afecta el funcionamiento de toda la institución.

A partir de un evento adverso se puede generar un cambio de paradigma, basado en un paquete de intervenciones a desarrollar por el equipo de salud en su lugar de trabajo, como un “traje a medida” para garantizar los derechos al momento de nacer y parir, gestionando así una atención segura, posible, basada en evidencia y centrada en los valores de la población a la que se asiste.

Objetivos

Como se mencionó en la introducción, se inició un acompañamiento para trabajar en el mejoramiento de la atención perinatal y la seguridad del paciente en el momento del nacimiento en un grupo de maternidades de Córdoba luego de la detección de varios eventos adversos. Como respuesta, se generó una intervención compleja que se ajustó a la situación específica planteada en la provincia, cuyos objetivos fueron:

1. Promover una atención respetuosa y cálida al momento de parir y nacer, basada en derechos, que reconozca a la persona gestante, a la o el recién nacido y su acompañante afectivo como protagonistas del nacimiento.
2. Contribuir a un cambio del modelo de atención y cuidado centrado en las personas y sus familias.
3. Construir una cultura organizacional para la seguridad del paciente.
4. Evitar intervenciones innecesarias y fomentar solo el uso de prácticas probadamente beneficiosas.

Diseño

Se construyó un dispositivo con formato híbrido (encuentros presenciales y virtuales), con enfoque de derechos (dentro de las leyes nacionales vigentes), inclusivo, multiprofesional (incluye a todas las personas que participan en la asistencia) y en tres niveles de intervención: decisores políticos e institucionales, equipos de salud y personas usuarias. También se consideró la necesidad de la participación de otros sectores además del sector salud (intersectorial).

Un punto para destacar del proceso es que al ser solicitado por el Ministerio de Salud de Córdoba contó desde el inicio con el apoyo político de las autoridades provinciales. Como ya se describió, estos procesos de cambio y transformación necesitan ser liderados por las autoridades del sector. Este punto es básico para la transformación, aunque existen experiencias que muestran que otros caminos son posibles, contar con este apoyo e interés es facilitador y además permite la escalabilidad del proceso a otros efectores que no hayan participado de la experiencia inicial.

Cuadro 1. Intervenciones realizadas por cada nivel

Niveles de intervención	Presenciales	Virtuales
Decisores políticos e institucionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión inicial. 2. Acuerdos institucionales. 3. Compromiso escrito. 4. Involucramiento intersectorial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chat común con todos los actores. 2. Reuniones de consenso. 3. Reuniones de monitoreo del dispositivo.
Equipos locales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión inicial. 2. Recorrida en terreno. 3. Mentoría individual y grupal. 4. Evaluación continua y reporte final. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniones grupales. 2. Seguimiento individual. 3. Mentoría individual y grupal. 4. Chat de WhatsApp. 5. Devolución grupal e individual de resultados (elaboración del plan de acción).
Personas usuarias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista, Semiestructurada, Encuestas autoadministradas, Grupos focales. 	<p>» Campañas de difusión de derechos reproductivos.</p>

DECISORES POLÍTICOS E INSTITUCIONALES

Luego de acuerdos con las autoridades provinciales se inicia un camino de encuentros y actividades planificadas con todos los participantes del proceso. Se realiza una **reunión inicial presencial** convocada por el nivel central, en el que participan directivos de las instituciones, jefes de servicio de Obstetricia, Neonatología, Enfermería y otros decisores (directores de maternidad e infancia, financiadores, etc.). El propósito es alinear objetivos, conocer los datos de la realidad que perciben y organizar un cronograma para la recorrida en terreno.

En esta instancia, se puede desarrollar una presentación con exposición de los ejes del programa, trabajar sobre la sensibilización y generar un propósito compartido. Esto crea compromiso e interés de profundizar y construir una estrategia común.

La capacidad de definir, articular y revisar de forma permanente es el camino para construir el liderazgo en cualquier equipo, red o comunidad comprometida en un


proceso de cambio que involucre personas. La fuente de energía más poderosa para la acción es un propósito compartido basado en valores éticos. Los resultados dependen del tiempo y el esfuerzo que se dedique a esta definición en las etapas tempranas de los procesos de cambio.

Para lograr **acuerdos institucionales**, son necesarias la identificación y la movilización de todas aquellas personas que se verán afectadas por el cambio y que serán parte del proceso. Tanto aquellas con poder formal (líderes de las organizaciones, quienes tomarán decisiones sobre los recursos y el compromiso institucional con la forma de trabajo) como informal (aquellas que al ser reconocidas por sus opiniones serán facilitadoras de los cambios). También es fundamental conocer a quienes entorpecen los esfuerzos por cambiar, identificados como barreras en los procesos, para generar una acción específica para trabajar con esas personas y mostrar el compromiso de la institución para el cambio. En este sentido, se decidió nombrar un referente por maternidad participante. Esta elección fue realizada por jefes o directores de los hospitales. Dentro de este grupo de personas hubo algunas que ejercieron su liderazgo durante todo el proceso y otras que lo construyeron desde un lugar más informal, como miembros de los equipos que desde el inicio se comprometieron con la propuesta de cambio.

Es importante contar con un **compromiso escrito**, que favorezca la adhesión de los equipos de trabajo al modelo. Un documento firmado por los directivos de la institución y jefes de las áreas a trabajar, donde se plasmen los ejes del cambio propuesto y el paradigma de atención, facilita la implementación en el trabajo cotidiano. También una identificación clara de los referentes que trabajarán en el cambio genera un marco de confiabilidad y transparencia.

El viernes 2 de diciembre de 2022 se realizó la primera jornada presencial de 4 horas. Fueron convocados todos los directores y jefes de servicio de Enfermería y Obstetricia de Córdoba. Se presentó el marco regulatorio vigente, los equipos de salud hablaron de su trabajo, también sobre los resultados, los objetivos y la experiencia cotidiana. Se construyó un espacio de intercambio que terminó con el compromiso verbal de trabajar en el paradigma de la seguridad del paciente en la salud perinatal y lograr que el compromiso asumido por la provincia en 2015 para implementar la ley de parto respetado se lleve a cabo durante 2023 (Resolución 1143/2015, anexo 1).

Las maternidades definieron un referente para ser formado por el equipo y ser responsable de acciones en su propia maternidad. Con los datos obtenidos en la reunión inicial presencial junto al trabajo de la DiSEPeN y UNICEF, en cinco encuentros virtuales se consolidó el programa y se propuso el cronograma.



Dentro de este enfoque de gestión del cambio, es primordial contar con roles dinámicos, que sean capaces de adaptarse según el lugar que tengan que ocupar. La construcción colectiva de un propósito compartido y la conexión de cada individuo con la misión del sistema hace que el trabajo de transformación sea mucho más significativo. **Los equipos que piensan y trabajan juntos, con un sentido de propósito compartido, suelen ser los más comprometidos y exitosos, a la vez que forman un sistema robusto y eficiente.** Para compartir un propósito es necesario conectar a nivel de valores y emociones, viendo cómo el trabajo del equipo resuelve una necesidad real de las personas que reciben atención y apoya el bienestar de quienes brindan los cuidados.

El **involucramiento intersectorial** es clave, porque el compromiso de múltiples agentes permite seleccionar líderes de todos los niveles que participen del dispositivo de mejora. Estos tienen que estar representados en la discusión del propósito común, considerando la mayor diversidad posible en las voces que intervienen en la discusión.

La gestión sanitaria necesita abordajes multidisciplinares e intersectoriales. Esta forma de enfrentar los procesos en las instituciones confiere capacidad de respuesta superior en cantidad, calidad y dinamicidad, para enfrentar los problemas, y orienta el liderazgo compartido.

EQUIPOS LOCALES

Una vez que los decisores designan los referentes locales para cada equipo de trabajo, se realizan las siguientes actividades. Una **reunión inicial presencial**, con la participación de los referentes asignados al dispositivo donde se lleva a cabo la puesta en común de los objetivos planteados. En esta instancia, se sugiere usar una herramienta de sensibilización y consignar el marco de trabajo que incluye el enfoque de derecho y equidad. El intercambio de ideas y la devolución compartida permiten la consolidación del paradigma de atención basado en la seguridad del paciente y el cuidado de los equipos de salud perinatal.

En la experiencia de Córdoba se inició el encuentro con una bienvenida e introducción al tema por los referentes de la DiSEPeN, la Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, y UNICEF. Luego se proyectó un video de sensibilización elaborado por Cleveland Clinic sobre Empatía: Conexión Humana en la Atención al Paciente. Se dio lugar a un intercambio sobre las sensaciones, percepciones e ideas que este material había producido en el auditorio.

La **recorrida en terreno** implica el momento de la visita desde el nivel central con la dirección del hospital y la participación de todos los equipos. Participan el equipo asesor y los líderes del dispositivo, y se realiza en compañía de directivos, jefes de los sectores médicos y enfermería, y los miembros del equipo que cada centro considere. La finalidad es hacer aportes al diagnóstico de situación del equipo local, visualizando los diferentes contextos para trabajar en la mejora, entendiendo que cada institución requiere estrategias individualizadas para generar el cambio.

El proceso fue muy enriquecedor, se puso de manifiesto la difícil interacción del sistema con las verdaderas protagonistas del momento de nacer y parir, las personas gestantes y sus familias. También hubo una presentación con material bibliográfico, pasos básicos para el plan de acción, cronograma, forma de trabajo para las siguientes diez semanas y la presentación de la herramienta de relevamiento en terreno.

En el terreno se realiza un primer diagnóstico; en muchos casos, se detectan situaciones que habían sido naturalizadas y por ello los equipos no las consideraban como de riesgo. Se plantea recorrer el consultorio externo, el centro obstétrico, la sala de partos, el quirófano, el área de recepción neonatal, la internación conjunta, y la unidad de terapia intensiva materna y neonatal, si la hubiere. Los datos se recogen en un instrumento de diagnóstico inicial, para determinar el punto de partida de cada institución. La información se obtiene de la observación, de los datos que comentan los equipos y de las preguntas dirigidas que se realizan durante la recorrida. Además, en muchos casos se piden indicadores de salud perinatal obtenidos del SIP o de otro registro. El mismo instrumento podrá ser utilizado periódicamente para analizar el impacto de las intervenciones de mejora (anexo 2).

En el caso de Córdoba, la recorrida sirvió como punto de partida para generar un diagnóstico in situ. Si bien inicialmente se habían definido 16 participantes del programa, la recorrida se llevó a cabo en 13 hospitales. Quedó sin visitar el Hospital San Antonio de Padua de Río Cuarto por infección intrahospitalaria en la neonatología. En tanto el Hospital Misericordia y la Maternidad Provincial "Dr. Luccini" estaban en proceso de mudanza y fusión para constituir la nueva Maternidad "Brigadier Juan Bautista Bustos", por lo que tampoco fueron parte de esta etapa.

En la mayoría de los hospitales las autoridades de dirección, algunos jefes y los referentes acompañaron las recorridas. Todos mostraron excelente predisposición para recorrer los sectores, incluyendo las áreas cerradas (sala de partos, neonatología, quirófano). Los siguientes son algunos datos relevantes de la recorrida en terreno:

- *Se constató que era poco frecuente/escaso o nulo el ingreso de acompañantes especialmente en el caso de las cesáreas.*
- *Se observó cartelera prohibiendo el ingreso y el uso de baños, y falta de sillas para facilitar la presencia del acompañante durante las consultas o en la internación conjunta.*
- *Faltaba cartelera informativa sobre temas de interés para las pacientes y sus familias.*
- *El equipo de salud de algunas instituciones desconocía prácticas efectivas y utilizaba algunas que ya no cuentan con aval científico, como rasurado, enema, colocación sistemática de accesos venoso, ayuno durante el trabajo de parto.*
- *En algunas instituciones no se contaba con identificación al ingreso de las personas gestantes, la identificación del binomio se realizaba en forma no sistemática, en general no en la sala de partos.*
- *En referencia a la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, no contaban con una lista de cotejo en todos los lugares, el conteo de gasas e instrumental no se realiza en todas las cirugías, dado que no siempre hay equipo con instrumentadora y la profilaxis antibiótica no está registrada previo a realizar la incisión en piel. En cuanto a la higiene de las manos se observó disponibilidad de insumos en la mayoría de los lugares y en la prevención de caídas no se observó estrategia en ningún hospital. En muchos hospitales las camas de internación no tienen barandas, las ventanas no tienen contención, incluyendo salas de maternidad y pediatría en primero o segundo piso.*
- *El trabajo interdisciplinario es escaso y hay poca participación de miembros del equipo que no sean médicos.*

Bajo el paradigma de la seguridad del paciente, las recorridas se plantean como una forma de implementación de las líneas de acción propuestas, se sugiere que los líderes de las maternidades (referentes, directores, jefes) para trabajar en seguridad del paciente realicen recorridas donde se observe el funcionamiento de la institución y se escuche a todos los equipos. Estas recorridas mejoran el clima y tienen la finalidad de observar y escuchar a quienes trabajan en las distintas áreas de atención con el objetivo de captar fallas del sistema e identificar dónde asignar recursos para mejorar la seguridad, la calidad y la eficiencia.

La mejor manera de guiar a las personas hacia el futuro es conectarse profundamente con ellas en el presente. La comprensión y la comunicación del estado actual permiten a los líderes conectarse y trabajar con sus equipos y expertos clínicos para crear una visión compartida que pueda inspirar a todos dentro de la organización y la comunidad. Un liderazgo que contribuye a la transformación implica crear un fuerte sentido de pertenencia en todas las personas que estarán involucradas en el cambio. Se inicia en los primeros contactos el proceso de mentoría.

Instrumento: recolección de datos en terreno, diagnóstico inicial

Sugerencias para recorridas:

- Hacerlas en conjunto, involucrando a la mayoría del personal del área (médicos, enfermeros, técnicos, administrativos, limpieza, etc.), incentivando su participación voluntaria.
- Tomar nota.
- Programarlas con anticipación.
- Generar espacios de intercambio.

Luego de la recorrida por todas las maternidades, se trabajó con cada referente de la institución con una herramienta generada ad hoc para la elaboración de un plan de acción. Esa herramienta fue utilizada en los subsiguientes encuentros virtuales donde fue completada y trabajada por el equipo interviniente (anexo 3).

CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DEL PROCESO

Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza para medir aspectos concretos y específicos de la asistencia. Son datos válidos, fiables y objetivos, muestran resultados cuantitativos y posibilitan la comparación.

La mejora continua es una metodología de cambio que apunta a procesos de calidad y propone la búsqueda permanente de pequeños cambios para trabajar mejor. En este marco, **se entiende que se trabaja mejor o con mayor calidad si se generan mejores resultados, se potencia la eficiencia o se alcanzan niveles superiores de clima laboral.**

Dentro de esta construcción se alienta la presentación de ideas y sugerencias de los equipos locales, de las familias usuarias, de los proveedores, etc. El involucramiento de todos los miembros del equipo en los proyectos de mejora continua reduce la resistencia al cambio y actúa como motivador.

Cada equipo deberá definir cuáles serán los indicadores que brindarán información sistematizada y relevada diariamente para consolidar las mejoras, permitiendo objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica para reducir los riesgos.

En el caso de Córdoba, los equipos seleccionaron indicadores que permitieron hacer seguimiento y generar una línea de base al inicio, y medir el cambio mensualmente y al final de la aplicación del dispositivo.

Cuadro 2. Indicadores elegidos por los equipos cordobeses

Indicador	Inicial* (tiempo 1)	Final** (tiempo 2)	Variación %
N.º de gestantes acompañadas/ total nacimientos			
N.º de gestantes acompañadas cesárea/ total cesárea			
N.º de gestantes acompañadas parto/ total partos			
N.º de gestantes aliviadas dolor/ total nacimientos			
N.º de gestantes aliviadas dolor/ total partos			
N.º de gestantes aliviadas dolor/ total cesáreas			
N.º gestantes con ingesta permitida durante el trabajo de parto/ total nacimientos			
N.º de gestantes coningesta permitida durante el trabajo de parto / total partos			

*Tiempo 1 inicial a la línea de base elaborada por cada equipo sobre el indicador.

**Tiempo 2 es el registro del mismo indicador al finalizar la intervención, al lado se obtiene el % de variación de este en ese período.

PERSONAS USUARIAS

La participación activa y efectiva de las personas gestantes en el proceso de mejora en las maternidades es un componente esencial para garantizar la calidad de la atención perinatal y, al mismo tiempo, respeta un derecho fundamental: el derecho a ser escuchadas.

Cuando se valoran las perspectivas de las personas gestantes, se sienta un precedente valioso para el respeto de los derechos de las infancias, incluso antes de su nacimiento, y se asegura que sus voces serán tenidas en cuenta desde el principio de sus vidas. Para esto, se pueden utilizar distintas estrategias e instrumentos.

El formato del instrumento puede ser diverso y seleccionado según la población y las preferencias del equipo de salud: **entrevista en profundidad, grupos focales, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, encuestas autoadministradas**. Las preguntas deben tener un lenguaje próximo, simple y cotidiano, ser ágiles y enfocadas en los temas centrales referidos a la experiencia de parto.

El desglose exhaustivo de las dimensiones que componen cada pregunta puede estar disponible en un instructivo que acompañará al instrumento (guías, recomendaciones y puntualizaciones para orientar a quien administre el instrumento).

Las familias informadas y empoderadas son las que pueden tomar las decisiones más adecuadas según sus valores, constituyéndose en mejores monitores del cumplimiento de los derechos.

En esta intervención se realizó un estudio cualitativo que se presenta en el anexo 1.

Los pasos para la investigación cualitativa en la experiencia de Córdoba fueron:

- *Encuentros entre miembros de equipos de salud y de la Defensoría para definir el instrumento, implementación de la prueba piloto y las entrevistas.*
- *Entrevista piloto.*
- *Encuentros con los equipos de salud de los hospitales para construir espacios de confianza que permitan el acceso a la población definida para la entrevista.*
- *Trabajo de campo con diez jornadas de entrevistas.*
- *Etapas de análisis de datos y elaboración del informe inicial.*
- *Reunión de puesta en común y análisis preliminar ampliado.*
- *Encuentro general de puesta en común por el equipo de trabajo.*

Intervenciones virtuales

La utilización de entornos virtuales permite fortalecer la comunicación, el seguimiento y el acompañamiento más allá de las distancias y da la posibilidad de hacer seguimiento de los objetivos. También permite compartir imágenes y diversos materiales requeridos en el proceso.

Esta estrategia se usa para consolidar los avances y ver los temas comunes a todas las instituciones. La programación de estos encuentros se adecúa a las necesidades, ya sean encuentros grupales o encuentros individuales de cada equipo en particular.

Los **encuentros generales** habilitan a los equipos a plantear las realidades compartidas, expresando en un entorno de confianza las dificultades. Además, estos encuentros permiten replicar intervenciones o soluciones implementadas por otros equipos, difundir documentos de capacitación, consolidándose como un lugar de construcción de soluciones comunes y logros compartidos.

El **acompañamiento individual de mentoría** a cada equipo permite acercar paquetes de intervenciones a medida para cada maternidad, basados en el conocimiento de las barreras y los facilitadores locales. Esto permite la evolución del aprendizaje atendiendo a las necesidades individuales de cada grupo a través de la transferencia de su experiencia. Incluye tanto el asesoramiento laboral desde el punto de vista asistencial como la función docente. También ayuda al equipo a ganar confianza y motivación a través del conocimiento y la reflexión, colaborando para adquirir las habilidades necesarias de resolución de problemas y de toma de decisiones aplicables a su entorno, para desarrollar capacidad de adaptación a situaciones nuevas y potencialmente estresantes.

El programa de mentoría planteado fue realizado por personas altamente capacitadas y con extensa experiencia en seguridad del paciente y asistencia perinatal. Este consiste en un período de formación inicial donde los equipos perinatales tienen la oportunidad de conocer las generalidades y las especificidades del cambio de paradigma planteado en un proceso de formación flexible, individualizado, debidamente estructurado y evaluado por

En el caso de Córdoba, hubo dos tipos de encuentros virtuales: los generales, realizados con los equipos de todas las maternidades intervinientes; y los individuales de equipos de trabajo, con la participación de solo una maternidad. Este formato fue funcional a lo que los equipos necesitan, ya que la situación de cada institución es única y diferente al resto.

En todas las reuniones fue importante la identificación de los miembros de los equipos vinculados a los procesos de atención que llevan adelante el dispositivo. Se consignó el interés y el involucramiento, como también se pudo dar una continuidad a las necesidades referidas por los decisores y/o aquellas detectadas o percibidas en los encuentros.

En Córdoba se realizaron encuentros virtuales para puesta en común, una vez por mes, mientras duró el programa, con el objetivo de compartir experiencias.

El equipo perinatal tuvo los siguientes espacios de consulta individualizada:

- *Primera ronda: diagnóstico inicial.*
- *Segunda ronda: barreras y facilitadores.*
- *Tercera ronda: plan de acción.*
- *Cuarta ronda: elaboración del informe final.*

los profesionales capacitados. Este sistema garantiza una mayor motivación, más compromiso de los equipos locales y una notable reducción de la variabilidad de respuestas en la clínica, unida al aumento de la seguridad en los cuidados como herramientas clave para mejorar la calidad de atención (Camacho Bejarano *et al.* 2011). No se limitó a asesorar sobre un aspecto concreto sino se acompaña durante el proceso de aceptación de sus propias responsabilidades; respondiendo al crecimiento de la diversidad y a la necesidad de orientación ante las condiciones cambiantes del entorno. Esta metodología puede ser utilizada como una herramienta para fomentar el liderazgo, la seguridad, compromiso y motivación de los equipos ya que se da de manera natural en procesos formativos integrales, desarrollados de manera flexible e interactiva.

Los encuentros se enriquecieron compartiendo materiales académicos acordes a las necesidades generales e individuales de cada equipo sobre temas como seguridad del paciente, calidad de atención, análisis de causa-raíz, experiencia de parto positivo, encuestas de satisfacción, cirugía segura, medidas de bioseguridad, prevención de infecciones, analgesia en trabajo de parto, fisiología del nacimiento, contacto piel a piel (COPAP) y otras para cada institución que lo solicitó.

En algunos casos especiales se requieren reuniones fuera de las programadas para colaborar con algunos puntos de conflicto, generando espacios de intercambio seguros y neutrales, para que los equipos puedan avanzar con el programa previsto. El objetivo de esta modalidad de encuentro es poder identificar contingencias de los equipos en el proceso.

CHAT DE WHATSAPP

La comunicación interna es un pilar fundamental para el éxito de cualquier intervención. En la era de la digitalización, la adopción de herramientas de mensajería instantánea facilitó la conexión entre equipos distribuidos en distintas partes del territorio. Por eso los **grupos de WhatsApp** consisten en una metodología que permite programar reuniones periódicas en línea, fortalecer la comunicación y asegurarse de que todos estén informados en tiempo real. Además de ser una herramienta de consulta y seguimiento rápidos, es también útil para mediar el logro de soluciones en tiempo real, dado que si entre los decisores y los efectores la comunicación es eficiente, las soluciones se concretan en poco tiempo. Asimismo, este podría ser un canal de comunicación y difusión con las personas usuarias, aunque no se implementó en el dispositivo que se describe en esta guía.

Beneficios del uso de grupos de WhatsApp en el dispositivo

- Contribuir a una comunicación rápida y en tiempo real.
- Promover la retroalimentación abierta, expresar dudas o inquietudes.
- Resolver problemas o dudas en forma rápida.
- Divulgar algún material bibliográfico.
- Intercambio de experiencias entre referentes.
- Favorecer la discusión y el consenso.

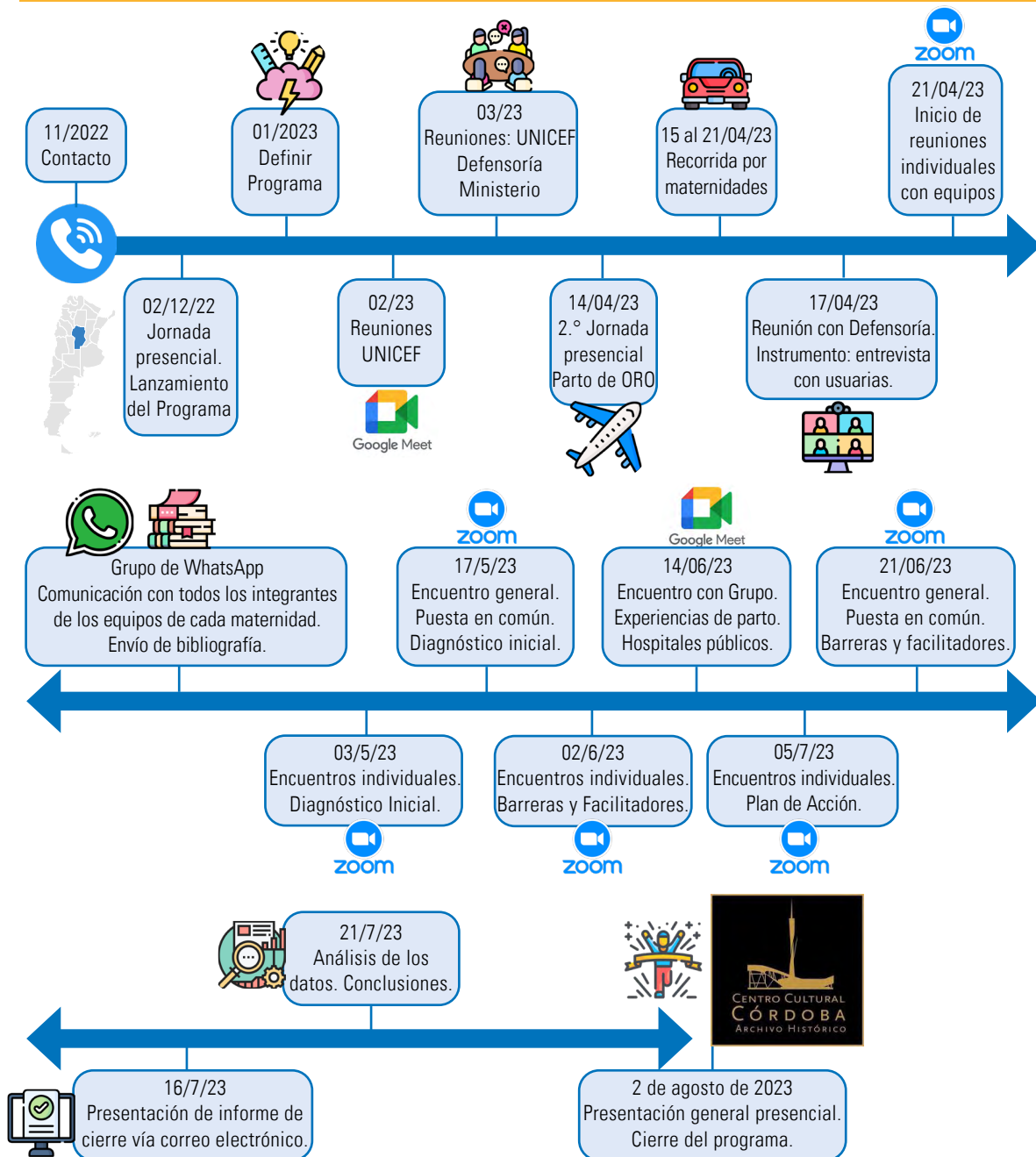
En la experiencia de Córdoba se implementaron chats con los decisores y chats con los referentes de los equipos. Se compartieron documentos con información y se resolvieron dudas urgentes y relevantes.

4



4. Resultados de la experiencia en Córdoba

Gráfico 1. Línea de tiempo de la implementación realizada en Córdoba



La experiencia desarrollada en las maternidades seleccionadas de Córdoba se extendió desde abril hasta agosto de 2023, si bien su planificación se inició en diciembre de 2022. Es por esta razón que la línea de base de los indicadores se tomó en abril y se volvió a tomar en agosto para realizar el informe final.

Los primeros resultados, medidos por los indicadores, muestran el proceso realizado por los equipos perinatales de todos los niveles, con foco en la seguridad del paciente como lógica subyacente. Al comienzo, cada institución hizo su diagnóstico inicial, realizado por el mismo equipo. A partir de este diagnóstico, se seleccionaron varios ejes para trabajar, aquellos que fueran posibles de ser modificados y que además funcionaran como trazadores de cambio de todo el sistema.

Más allá de algunas instancias de capacitación, el eje de la intervención estuvo puesto en la mentoría y el acompañamiento de los equipos en su proceso de cambio y en la escucha de las personas usuarias que atravesaron la experiencia de parto y nacimiento en esos efectores.

Las líneas de trabajo seleccionadas (indicadores) para el cambio y la medición inicial fueron:

- » Acompañamiento del parto.
- » Acompañamiento de la cesárea.
- » Ingesta durante el trabajo de parto.
- » Alivio no farmacológico del dolor.

Para escuchar la voz de las personas usuarias se realizó una investigación cualitativa (anexo 1) que se centró en los ejes seleccionados y a partir de esos resultados se ajustaron las intervenciones. Surgieron además temas emergentes que muestran la necesidad de fortalecer algunas otras áreas dentro de la atención perinatal, como el consumo problemático durante el embarazo o el período perinatal y la discapacidad. A continuación, un compilado de los principales resultados de la investigación:

PRINCIPALES HALLAZGOS

- » **Acompañamiento:** en la mayoría de los casos las cesáreas no son acompañadas. En líneas generales, se observa el desconocimiento de la posibilidad de acompañamiento (dado los marcos normativos e incluso la disposición en algunos servicios) y la naturalización de que, por ser una intervención quirúrgica, no es posible ni viable el ingreso de una persona acompañante.
- » **Alivio del dolor:** frente a la demanda se afirma no poder dar medicamentos en el parto. Se identifican casos de acompañar con respiración, pero en general responden que “nada” (falta de espacio/recomendación/información sobre posibilidades de movimiento, posiciones, etc. como formas de alivio de dolor).
- » **Derechos de parto/nacimiento y lactancia:** se observa falta de información sobre derechos en relación al posparto (hora de oro y lactancia humana) en las personas usuarias. Las expectativas de estas se establecen en función de la información que disponen. Se generan situaciones de angustia/malestar ante la lactancia como imposición sin acompañamiento.
- » **Ingesta:** no se permite consumir alimentos ni beber, en ningún caso.
- » **Anticoncepción:** en general y de manera sostenida, las mujeres al momento del alta cuentan con información sobre anticoncepción, pueden elegir y reciben la opción de su preferencia.

Emergentes relevantes a partir del dispositivo

- Parto, lactancia y problemática de consumo.
- Parto, lactancia y discapacidad (necesidad de apoyo, información y herramientas a equipos).
- Necesidad de incorporar el acompañamiento y el contacto piel con piel en cesáreas.
- Intervenciones que perviven, naturalizadas (ayuno, enema, rasurado, sujeción) aun no estando recomendadas o ser innecesarias.
- Desconexión absoluta entre efectores de distintos niveles y jurisdicciones, que muchas veces es zanjada a partir de contactos personales dependientes de la red de vínculos del personal de salud.
- Trato digno como determinante transversal de la experiencia de parto.
- Necesidad de acompañamiento y cuidado a los equipos de salud: la forma de presencia y la disposición sobre todo en las situaciones de alto riesgo determina de manera categórica la experiencia de parto.


Claramente se observa una alta coincidencia entre lo que perciben las personas que atravesaron la experiencia en las maternidades y los equipos de salud. Igualmente, toda la información obtenida permitió ajustar intervenciones y capacitaciones. Parte de esos ajustes fue trabajar durante el proceso sobre el trato digno a todas las personas gestantes, brindar información clara que permita la toma de decisiones por parte de estas y sus familias, y en la revisión de prácticas naturalizadas sin evidencia científica como ayuno, enema, rasurado, sujeción y que además entorpecen el devenir del parto, el nacimiento y el puerperio.

Los indicadores de proceso fueron consensuados con todo el equipo. Esta priorización se basa en los datos relevados en terreno y en las necesidades percibidas por el personal de las maternidades y las usuarias consultadas. Fueron seleccionados indicadores que pudieran ser modificables en el tiempo de duración de esta primera intervención.

Cuadro 3. Indicadores evaluados durante la implementación del dispositivo en Córdoba

Indicador	Promedio inicial % (rango) abril 2023	Promedio final % (rango) agosto 2023	Variación
Acompañamiento del parto*	57% (0-100%)	79% (25-100%)	+ 22%
Acompañamiento de la cesárea**	9 % (0-75%)	31% (0-93 %)	+ 22%
Ingesta durante el parto***	0%	57% (0-100%*)	+ 57%
Alivio no farmacológico del dolor****	0%	58% (1-93%)	+ 58%

*datos de 12 instituciones / **datos de 13 instituciones / ***datos de 5 instituciones / ****datos de 5 instituciones



Como se desprende del cuadro 3, los indicadores marcan una tendencia de mejora en todas las maternidades. **Luego de 8 semanas de la puesta en marcha del dispositivo, el aumento promedio del acompañamiento del nacimiento fue del 22%. Esto es especialmente importante en las cesáreas, porque previo al inicio del dispositivo solo ingresaba el acompañante en el 38% de las instituciones (5/13), mientras que luego de la implementación lo hacían en el 62% de las maternidades (10/13).**

Los equipos perinatales seleccionaron sus indicadores, hicieron seguimiento de estos y pudieron medir sus propios avances. Este es un primer paso para consolidar otro modelo de atención perinatal.

También se consignaron todas las personas alcanzadas por la capacitación y la participación directa en el programa.

Se trabajó con 60 decisores (directores del nivel central, directores de hospitales y jefes de servicio de Obstetricia y Enfermería de las maternidades), quienes recibieron capacitación específica sobre el marco regulatorio vigente, así como también sobre barreras y facilitadores para el logro del cumplimiento efectivo de los derechos de las familias al momento de parir y nacer.

Se trabajó con 38 referentes de 13 maternidades. El seguimiento fue en tiempo real, adaptando el cronograma a las necesidades de cada institución y respondiendo a través del chat de WhatsApp y los encuentros presenciales grupales e individuales.

En el nivel local, se capacitaron 167 obstetras, 123 neonatólogos/as y pediatras, y 241 enfermeros/as.

A través de los equipos formados se llegó a las familias y se logró el impacto sobre las pacientes asistidas en las instituciones. Parte de las externalidades positivas de esta intervención fue encontrar datos de alta relevancia que no fueron medidos o fueron naturalizados. Por ejemplo, alta tasa de cesáreas (cuyo valor asciende a 71,8%). Este dato de por sí es muy preocupante y se asocia con los problemas para disponer de anestesia, el cansancio de los equipos, la carencia de parteras y el control del trabajo de parto por médicos especialistas. Se informó a la dirección provincial para que establezca una estrategia para la disminución de las cesáreas.

5





5. Recomendaciones para los distintos niveles de intervención

De la experiencia realizada en Córdoba se generaron recomendaciones para cada nivel de intervención.

Una de las más importantes es sostener los cambios establecidos a partir de la intervención, generando una cultura de la reflexión permanente para la mejora continua. También se destaca la importancia de acompañar el proceso de cambio, seguir monitoreando la práctica con indicadores y registro que permitan el seguimiento y la evaluación, y una recomendación central es escuchar la voz de las personas usuarias y sus familias para mejorar en forma permanente el servicio.

Algunas recomendaciones:

- » Lograr el compromiso escrito de la dirección del hospital, sobre aplicación y cumplimiento de leyes relacionadas con la atención perinatal y los modelos de mejorar continua (como por ejemplo la MSCF).
- » Consolidar el equipo de trabajo con tiempo protegido para la reflexión o actualización permanente en servicio.
- » Contar con un registro actualizado de información perinatal para la construcción de indicadores y su seguimiento.
- » Usar las *Guías de Práctica Clínica* vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.
- » Trabajar sobre la cultura de la seguridad, generando un sistema de reporte que permita el estudio sistematizado de cada evento adverso.

- » Implementar un programa de prevención del *burn out* y cuidar a los que cuidan, como estrategia de seguridad del paciente.
- » Realizar formación sobre comunicación en salud para todos los equipos de las maternidades.
- » Escuchar la voz de las personas gestantes y sus familias para mejorar en forma permanente el servicio y resguardar sus derechos.

6





6. Reflexiones en torno a la experiencia

En la reunión inicial presencial se puso de manifiesto que los equipos necesitaban además de capacitación, acompañamiento permanente para lograr implementar una estrategia de consolidación de respeto a los derechos reproductivos y el uso de prácticas efectivas y seguras.

Durante la implementación se generó la necesidad de redefinir estrategias. Este compromiso cotidiano y permanente de revisión por parte de todos los miembros permitió armar nuevas intervenciones con puntos de encuentro hechos a medida para cada uno de los equipos locales (evaluación de procesos asistenciales, adaptación de la planta física, capacitaciones, etc.).

La observación en terreno, sobre la base del instrumento diseñado ad hoc, recogió datos generales, en tanto la recorrida con el equipo local permitió la observación directa, el intercambio de opiniones y el monitoreo en tiempo real de otras intervenciones descritas como seguras y adecuadas (identificación, prevención de caídas, cirugía segura, uso de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia, necesidad de conocer la experiencia de parto de las usuarias, COPAP, etc.).

El acompañamiento individual y la mentoría a cada equipo permitió acercar paquetes de intervenciones a medida para cada maternidad, basados en el conocimiento de las barreras y los facilitadores locales. Así se consolidaron aquellas formas de trabajo seguras y beneficiosas, y se fueron desalentando las no basadas en evidencia, aunque fuesen parte de la cotidianidad (sujeción de miembros inferiores, acceso periférico, episiotomía rutinaria, etc.).

Otra forma de intercambio que sumó permanencia y permitió replicar intervenciones o soluciones implementadas por otros equipos fue el uso del WhatsApp. El chat es un espacio virtual pensado inicialmente como una herramienta para difundir novedades, que se consolidó como un lugar de encuentro de soluciones comunes y logros compartidos.

Los encuentros generales presenciales para la puesta en común pusieron de manifiesto las duras realidades compartidas, como, por ejemplo: la carencia de compromisos institucionales escritos, el poco tiempo protegido asignado a la reflexión, con un claro compromiso de las personas participantes como referentes, quienes utilizaron tiempo personal y compromiso para ser parte de esta propuesta. Muy pocas de estas personas refirieron que eran reconocidas en su lugar de trabajo.

Córdoba tiene un compromiso asumido con la atención perinatal que se materializó en la Ley Provincial N.º 9227/2005 y la reglamentación 1143/2015, pero la implementación integral de este modelo de atención es todavía un desafío. A pesar de esto, este paquete de intervenciones contribuyó a instalar este dispositivo en los servicios, fortaleciendo el monitoreo de los indicadores para consolidar el modelo de la atención segura y respetuosa de los derechos reproductivos.

7





Proyecto parto de oro: por una bienvenida a la vida con perspectiva de derechos

Estudio cualitativo

Experiencia de parto en servicios de atención obstétrica en instituciones públicas de Córdoba para un proceso de mejora

Defensora de niñas, niños y adolescentes

Amelia López

Coordinadora de Cooperación Internacional

Celina Di Cola

Coordinador Sistema de Monitoreo de Derechos

Darío Anzaudo

Consultoras externas

Magdalena Arnao

Silvana Melisa Herranz

La Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de la provincia de Córdoba es un organismo autónomo de derechos humanos, que vela por hacer cumplir los derechos expresados en la Convención y garantizar en todos los ámbitos el respeto y la no vulneración del interés superior del niño. De acuerdo con la Ley N. 9396, se legisló la figura de la Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en respuesta al cambio de paradigma sobre la niñez promovido desde la Ley Nacional N.º 26.061 de Protección Integral.

La experiencia acumulada y la tarea desarrollada a través de la Defensoría, en sus 16 años de existencia y trayectoria permitieron constatar y develar las dificultades y las resistencias que tienen los actores del sistema de protección de derechos a la hora de hacer efectiva la participación y el protagonismo de chicos y chicas. Los avances en torno a políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de vida de las infancias y las adolescencias no tuvieron correlato con la participación de niñas, niños y adolescentes como colectivo ciudadano protagonista de sus derechos subjetivos.

En esta misma línea, la participación activa y efectiva de las personas con capacidad de gestar en la toma de decisiones sobre los procesos de mejora en la atención médica durante el embarazo, no sólo es un ejercicio de sus derechos, sino que también contribuye a mejorar la calidad de la atención, promoviendo que esta se centre en las necesidades del paciente, reduciendo riesgos y mejorando los resultados en salud tanto para las personas gestantes como para las y los recién nacidos. Al escuchar y valorar las perspectivas de las pacientes, se está sentando un precedente valioso para el respeto de los derechos de las infancias, incluso antes de su nacimiento, y asegurando que sus voces sean escuchadas y tenidas en cuenta desde el principio de sus vidas.

A partir de este marco, dentro del proyecto “Parir y nacer basado en derecho y evidencia”, desarrollado conjuntamente con UNICEF y el Ministerio de Salud de Córdoba, para fomentar la cultura organizacional basada en la seguridad del paciente y trabajar la disminución de la violencia obstétrica, se convocó a la Defensoría para realizar un relevamiento cualitativo desde la perspectiva de las usuarias con el propósito de mejorar los procesos.



Metodología

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo cualitativa, exploratoria, no probabilística, de carácter descriptivo con muestra de tipo incidental, que buscó describir las experiencias y las percepciones de las usuarias del servicio de atención obstétrica de cuatro instituciones públicas de la ciudad de Córdoba en torno a la experiencia de parto en los términos sugeridos por las recomendaciones de la OMS (2019) y en consonancia con la Ley N. 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido.

Teniendo en cuenta las características poblacionales y el contexto, se optó por emplear entrevistas semiestructuradas, técnica que favoreció la factibilidad y el éxito del relevamiento, ya que permitió disponer de la atención de las usuarias en el momento de espera del servicio posparto, en un tiempo acotado (5 a 15 minutos), a la vez que permitió tomar varias entrevistas por encuentro con la posibilidad de ser replicadas por diferentes equipos en función de los contextos en los que sea de interés la tarea.

Se realizaron 28 entrevistas diseñadas específicamente para este estudio en cuatro instituciones públicas de la ciudad de Córdoba, priorizando los siguientes ejes: características sociodemográficas, datos contextuales (a fin de caracterizar la situación de parto), acceso a la información, acompañamiento, atención en clave de derechos humanos, trato digno y valoración general de la experiencia de parto.

El análisis de los datos obtenidos fue realizado a partir de matrices por dimensiones de indagación. Sin embargo, pueden implementarse otras formas de análisis de contenido con otras herramientas (como Atlas Ti), siempre que se responda a un análisis de contenido con comparaciones sucesivas en busca de recurrencias y redundancias, y no generalizaciones representativas ni estadísticas.

El objetivo del análisis se basó en comprender en profundidad y caracterizar de manera situada las experiencias. Cuando aparecieron emergentes, aunque fueran pocos casos, se les prestó atención por la significación que aportan, poniendo en alerta de que todas las experiencias no son iguales, si no que están atravesadas por condiciones que es relevante reconocer.

Se elaboró un consentimiento informado donde se relató de manera anticipada el objetivo del estudio, el uso que se haría de los datos y el resguardo de la identidad de las mujeres participantes.

Aplicación

Una vez elaborado el instrumento se procedió a realizar una prueba piloto, a partir de la cual se hicieron algunos ajustes en términos de vocabulario accesible y duración. Luego se procedió a la aplicación de las entrevistas en dos etapas.

En la primera etapa, la población estuvo definida por los servicios de control del niño sano entre las 48 horas y los 5 días. Se realizaron 14 entrevistas a usuarias de dos instituciones de salud de la ciudad de Córdoba (un hospital polivalente de la zona Sureste y un hospital-maternidad de la zona Norte) en 5 jornadas de entrevistas en cada institución (10 jornadas en total).

La segunda etapa se llevó a cabo en otras dos instituciones: un hospital general de una localidad del departamento Colón y un hospital-maternidad de alta complejidad de la zona Sur de la ciudad de Córdoba. En este caso, la población estuvo definida por los servicios de control del niño sano hasta 60 días. El cambio en los criterios muestrales estuvo sujeto a la posibilidad de ampliar la población, bajo el criterio de experiencia cercana de parto. Se aplicó el instrumento a 14 usuarias (7 por institución) en un total de 3 jornadas de entrevistas.

Todas las instituciones demostraron óptima predisposición, viabilizando la colaboración de las profesionales de los servicios a la que se sumó personal administrativo. No obstante, es necesario destacar que las entrevistas se realizaron en espacios de circulación, y esto pudo haber sido un elemento de sesgo para el reclutamiento, junto con las propias características de la población (puérperas, partos recientes, bebés con demandas tempranas, prematuros, horas posteriores al parto, condiciones poblacionales adversas, población que se traslada desde diferentes lugares y distancias frecuentemente en transporte público, con poca disponibilidad de tiempo, etc.).

Dos aspectos centrales de la entrevista son la escucha y la repregunta sobre aspectos que aparecen naturalizados y no se asocian con lo que se está preguntando. Por ejemplo, ante la pregunta: “¿Te hicieron alguna intervención sin tu consentimiento?”, la respuesta suele ser negativa, pero se advirtieron en los relatos aspectos que dan cuenta de lo contrario, en este sentido; cuentan al pasar que tenían una vía, al preguntar si sabían qué les estaban administrando, la mayoría dijo que no o que tuvo que preguntar para saberlo; lo mismo sucede con la rotura de bolsa, en algunas entrevistas comentan que les habían roto la bolsa, dando como normal esta práctica, y no advirtiendo que no fueron informadas previamente de las razones de la intervención.

Análisis

El análisis de la información se realizó por etapas y luego se llevó a cabo un análisis final donde se compararon los resultados de las dos etapas para ver emergentes principales comunes y otros según los hallazgos específicos.

En cada etapa se analizó la información recabada por unidad de análisis e institución, para poner en primera consideración particularidades y diferencias de ambas instituciones, en base a indicadores de campo. Los datos se volcaron en matrices siguiendo el criterio institución/unidad de análisis.

A su vez, se sumó al análisis la información etnográfica a la que se pudo acceder en el trabajo de campo, y que se consideró sumamente importante para una mayor complejidad de lectura.

Principales hallazgos

- » **Acompañamiento:** en la mayoría de los casos las cesáreas no son acompañadas, sólo aparecen escasos casos aislados de acompañamiento en cesáreas. En líneas generales se observa el desconocimiento de la posibilidad de acompañamiento (según marcos normativos e incluso disposición en algunos servicios) y la naturalización de que, por ser una intervención quirúrgica, no es posible ni viable el acompañamiento. Sí en parto vaginal.
- » **Alivio del dolor:** frente a la demanda se afirma no poder dar medicamentos en el parto. Se identifican casos aislados de acompañamiento con respiración, pero en general no se ofrecen medidas paliativas.
- » **Derechos de parto:** nacimiento y lactancia: se observa falta de información sobre derechos de parto, hora de oro y lactancia en las usuarias, lo que disminuye las posibilidades en la toma de decisiones, además de establecerse como un factor importante a la hora de procurar un nacimiento, un crecimiento y un desarrollo saludables. Las expectativas de las usuarias se establecen en función de la información que disponen. Se generan situaciones de angustia y/o malestar ante la lactancia como imposición sin acompañamiento.
- » **Ingesta:** no se permite consumir alimentos ni beber, en ningún caso.

- » **Anticoncepción:** en general, y de manera sostenida las usuarias cuentan con información sobre la anticoncepción, al momento del alta. Pueden elegir y reciben aquella opción de su preferencia. Sin embargo, se destacan casos donde, para la ligadura de trompas, se requiere esperar un tiempo posterior al parto vaginal y hacer una serie de trámites específicos, lo cual se nombra como problemático porque las mujeres relatan que, en general, es difícil volver a hacerse esta clase de intervención luego del alta. Esto se cruza con permitirles optar por una cesárea en el caso de que lo deseen por motivos de numerosos partos anteriores y deseo de realizarse la ligadura de trompas (esto incluso conlleva reclamos en el servicio).

Otros emergentes relevantes

- » **Parto, lactancia y problemáticas de consumo:** en dos de las cuatro instituciones el problema emerge con intensidad, en un contexto de preocupación creciente de los equipos, de falta o escasez de recursos y articulación con otras instituciones, servicios y sectores para abordar esto. A la vez, se advierte aumento en cantidad y complejidad.
- » **Parto, lactancia y discapacidad:** se puso en advertencia la necesidad de profundizar en apoyos a la población con discapacidad, en términos de información accesible y acompañamiento en las situaciones de embarazo, parto y lactancia, así como también a los equipos de salud desde una perspectiva de derechos y género.
- » **Piel con piel:** se advierte que, aun cuando en la mayoría de los casos se respeta esto, las usuarias no tienen información significativa sobre el sentido y la importancia del contacto piel con piel. Al respecto, si bien en líneas generales se considera como algo positivo, en algunos casos se advierte miedo a que el bebé tenga frío o que necesite primeramente intervenciones médicas, etc.
- » **Acompañamiento y piel con piel en cesáreas:** se advierte la ausencia casi por completo de acompañamiento y contacto piel con piel en situaciones de cesárea, sin embargo, los motivos por los cuales se persiste en esto no son evidentes, a la vez que se advierte una suerte de naturalización al respecto por parte de las propias usuarias.

- » **Intervenciones naturalizadas:** aun estando no recomendadas o porque son innecesarias, existen algunas prácticas del orden de la intervención, sobre todo en trabajo de parto, parto y puerperio, que son tomadas como inherentes a este proceso por parte tanto de las usuarias como del personal de salud: la rotura temprana de bolsa, despertar a bebés de forma invasiva para la lactancia, la lactancia como demanda de obligación sin acompañamiento que conlleva situaciones de angustia y estrés a las usuarias.
- » **Interjurisdiccionalidad:** desconexión absoluta entre efectores de distintos niveles y jurisdicciones que muchas veces es zanjada a partir de contactos personales dependiente de la red de vínculos del personal de salud. Falta de base de datos sobre controles de embarazo. Situación de riesgo para bebés por imposibilidad de anticipación de patologías o condiciones previas a tener en cuenta en el parto y el nacimiento.
- » **Diferencia entre servicios:** principalmente cuando la internación es en hospitales polivalentes, existen diferencias de criterio y trato. Sobre este punto surgen en algunos casos diferencias significativas entre servicios generales, y servicios de obstetricia y neonatología, en particular en la modalidad de trato.
- » **Trato digno como determinante transversal de la experiencia de parto:** esto se asocia con la disposición a la escucha por parte del personal, la sensación transmitida de valor respecto de la persona y su cuidado, manifestada a través de “no sentir que molesto”, “ya me llamaba por mi nombre, me ayudaba hasta lavarme porque me veía sola”, seguimiento del estado de salud de la mamá y el bebé, atención sin juicios con perspectiva de derechos (caso de consumo problemático), humanización del cuidado.
- » **Necesidad de acompañamiento y cuidado a los equipos de salud:** la forma de presencia y disposición sobre todo en las situaciones de alto riesgo determina de manera categórica la experiencia de parto. El cuidado oportuno y humano más que la infraestructura o la disposición de tecnologías es lo que destacan las mujeres sobre aquello que salvó a sus hijos, les propició atravesar el parto o enfrentar procesos posparto con dificultades de salud propias o del bebé. Esto lleva a plantear una dimensión del trabajo en salud atinente a “cuidar a quienes cuidan”, abriendo interrogantes respecto de los mecanismos disponibles de escucha, acompañamiento y contención a los equipos de trabajo, más allá de la capacitación.

- » **Dispositivos como por ejemplo “Hospital escucha”:** para canalizar escuchas y reclamos por parte de las usuarias, pero que a la vez se transforman en un puente significativo hacia las instituciones y sus actores. En otros casos, se advierte exactamente lo contrario: ni los dispositivos ni quienes se desempeñan en estos fueron claramente presentados a los equipos, o al menos de un modo lo suficientemente claro como para despejar dudas y sinsabores en las instituciones, a la vez que se advierte una total desarticulación con estas, redundando en incertidumbre y extrañeza por parte de las instituciones y los trabajadores de salud. Se advierte la necesidad de indagar los significados y las percepciones tanto de usuarias como de las propias instituciones de estos dispositivos, tratando de comprender los efectos que generan en uno y otro caso.

Anexos



Anexo 1

Instrumento para el diagnóstico inicial

Esta herramienta se elaboró para ser completada en la recorrida por las maternidades, acompañando la observación realizada.

Control Prenatal (CPN)					
1.1	En la institución	Sí:	No:	¿Por qué?	
1.2	A todas las embarazadas	Sí:	No:	¿A quién?	
1.3	Horario	Mañana:		Tarde:	
	Sala de espera				
	Baño				
	Accesibilidad				
1.4	¿Quién lo hace?	Médico obstetra:	Obstétrica:		
		Médico generalista:	Enfermera:		
	Tipo de registro	Historia clínica:	Libreta sanitaria:		
		Carnet prenatal:			
	Derivación		Sí:	No:	
	Acompañanate en la consulta		Sí:	No:	
	Material audiovisual		Sí:	No:	
1.5	Preparación Integral para la Maternidad		Sí:	No:	
2.	Nacimiento:				
2.1	¿Nos presentamos al iniciar la consulta?		Sí:	No:	
2.2	¿Las gestantes infresan al consultorio acompañadas?		Sí:	No:	
2.3	¿Les explicamos el diagnóstico y los pasos a seguir?		Sí:	No:	
2.4	Consentimiento informado:		Sí:	No:	
	Internación				
	Procedimientos				
	Parto				
	Cesárea				

Control Prenatal (CPN) (cont).					
2.5	Identificación:				
2.5.1	¿Al ingresar a la sala de partos?			Sí:	No:
	Nombre y apellido				
	Pulsera identificadora materna				
2.5.2	Al nacer	Pulsera bebé		Sí:	No:
			¿Dónde?	¿Quién?	
2.5.3	Control al alta	Sí:	No	¿Quién?	
2.6	Acompañamiento:				
	Ingreso				
	Trabajo de parto		Sí:	No:	¿Por qué?
	Parto				
	Cesárea				
	Nacimiento				
	Puerperio				¿Por qué?
2.7	Manejo del dolor				
2.7.1	Trabajo de parto				
	Métodos de alivio no farmacológico				
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelota • Banquito • Movimiento • Otros 				
2.7.2	Métodos de alivio farmacológicos				
	<ul style="list-style-type: none"> • Opiáceos • Peridural 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Antiinflamatorios no esteroides • Opiáceos • Frío 				
2.8	Ingesta				
2.8.1	Trabajo de parto				
	Comida				
	Bebidas				
2.8.2	Cesárea electiva				
	Ayuno				
2.8.3	Posparto				
2.8.4	Poscesárea				

Control Prenatal (CPN) (cont).			
2.9	Acceso endovenoso		
2.9.1	Trabajo de parto		
		• Solución fisiológica	• Oxitocina
		• Dilatante	• Expulsivo • Alumbramiento
2.9.2	Alumbramiento		
2.9.3	Puerperio		
2.10	Episiotomía		
		Rutinaria	
		Cuidados	
	Manejo del dolor		
2.11	Piel a piel		
2.11.1		Al nacer (tiempo en minutos)	
2.11.2		Internación conjunta	
2.11.3		Alta conjunta	
2.12	Lactancia		
2.12.1		Al nacer	
2.12.2		Internación conjunta	
2.12.3		Material de apoyo	
2.13	Lista de cotejo	Sí:	No
2.13.1		Parto	
2.13.2		Cesárea	
3.	Alta		
3.1		Información	
3.2		Anticoncepción	
3.3		Seguimiento	

Anexo 2

Instrumento para las entrevistas semiestructuradas

Población objetivo: usuarias de servicios de control posparto.

Muestra: mujeres que asisten al control y que atravesaron situaciones de parto en la institución en un lapso no mayor a 21 días. Control del niño sano.

Objetivo principal: este instrumento está diseñado según dimensiones de análisis (información, acompañamiento, atención en el marco de derechos del parto, trato digno, experiencia positiva) y las preguntas están formuladas a partir de un lenguaje próximo a las condiciones de un diálogo, accesible, simple y cotidiano.

El objetivo es que la entrevista sea ágil y enfocada en los temas centrales referidos a la experiencia de parto. El desglose exhaustivo de las dimensiones que componen cada pregunta estarán disponibles en un instructivo que acompañará este instrumento (guías, recomendaciones y puntualizaciones para orientar a quien administre cada pregunta).

0. PRELIMINAR

[Pregunta para el reconocimiento de emergentes negativos extremos que pudieran derivar en la no aplicación del instrumento. En tal caso, se prevé poner a disposición información sobre la existencia de espacios de salud mental perinatal vigente y accesible].

1. ¿Cómo fueron tus primeros días en casa, cómo te sentiste? (herramientas de derivación a salud mental)



I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad
2. Nacionalidad
3. Lugar de residencia (ciudad-barrio)
4. Máximo nivel educativo alcanzado
5. ¿Tenés otros hijos o hijas?
6. ¿Disponés de alguna obra social?
7. ¿Cuál es tu ocupación?
8. ¿Con quién vivís? ¿Sos sostén de hogar?

II. DESARROLLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

II.I. INFORMACIÓN CONTEXTUAL

1. ¿Cuántos días tiene tu bebé? ¿Nació por parto o por cesárea?
2. En los controles, ¿estuvo todo bien? ¿Tuviste que hacer algún estudio extra?
 - En caso de NO haber tenido controles, ¿me podrías contar el motivo?
3. El tuyo ¿fue un embarazo de riesgo? ¿Sentís que tuviste información suficiente para tomar decisiones? ¿Te quedó claro todo lo que te dijeron? ¿Te sentiste cuidada y acompañada por el equipo de salud?


II.II. ACCESO A LA INFORMACIÓN

1. ¿Alguien te dijo cómo iba a ser el momento del nacimiento y los derechos que vos y tu hijo/hija tenían en ese momento?

2. En el momento del trabajo de parto, ¿te fueron informando sobre la evolución del parto? ¿Y sobre cada cosa que te iban a hacer? (canalización, monitoreo, tacto, otras).
3. En el momento del nacimiento, el personal de salud que te atendió ¿te fue brindando información? ¿Recibiste toda la información que necesitabas? (sobre la evolución del trabajo de parto/parto/cesárea, sobre las intervenciones que se iban realizando en distintos momentos y las razones/beneficios de estas, sobre el estado de tu bebé).
4. El tiempo que permaneciste internada con tu bebé, ¿el personal de salud que te atendió te fue brindando información? (sobre tu estado y el de tu bebé, sobre los cuidados para vos y tu bebé, sobre lactancia materna).
5. ¿Te informaron sobre los beneficios de la lactancia materna y/o recibiste apoyo para amamantar?
6. ¿Estás recibiendo información clara y suficiente sobre los cuidados puerperales? ¿Recibiste información sobre métodos anticonceptivos? ¿Los recibiste antes de irte de alta? ¿Pudiste plantear o se te informó sobre la posibilidad de la ligadura de trompas? ¿Pudiste elegir alguno de estos métodos para cuidarte? ¿Y sobre los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual?

III. ACOMPAÑAMIENTO

1. ¿Pudiste estar acompañada por alguien de tu confianza (pareja/acompañante) en los controles del embarazo?
 - a. En caso de que se te haya impedido, ¿nos podrías contar el/los motivo/s? ¿Te dijeron por qué?
 - b. En caso de que se te haya permitido, ¿pudiste optar libremente por la persona de tu confianza?

- 
2. Durante el trabajo de parto, ¿pudiste estar acompañada por alguien de tu confianza y elección? ¿Y en la sala de parto/cesárea?
 - a. En caso de que se te haya impedido, ¿te dijeron por qué?
 - b. En caso de que se te haya permitido, ¿pudiste optar libremente por la persona de tu confianza?
 3. Ya en la habitación, ¿pudiste estar acompañada por alguien de tu confianza (pareja/acompañante)?
 - a. En caso de que no hayas podido estar acompañada, ¿te dijeron por qué?
 - b. En caso de que hayas estado acompañada, ¿pudiste optar libremente por la persona de tu confianza?

IV. ATENCIÓN EN EL MARCO DE LOS DERECHOS RECONOCIDOS PARA PARTO/POSPARTO

1. ¿Te preguntaron tu nombre las diferentes personas con las que tuviste contacto durante tu estancia en el hospital (durante el trabajo de parto, al entrar a la sala de partos, en la sala común)? ¿Vos y tu bebé tuvieron pulsera identificatoria en el ingreso al hospital?
2. ¿Se presentaron todas las personas que estuvieron presentes en los diferentes momentos (médicos/as, enfermeras, personal de limpieza, etc.)?
3. Si realizaste trabajo de parto, ¿pudiste caminar y moverte libremente?
4. Durante el trabajo de parto, ¿te permitieron comer y/o beber?
5. Durante el trabajo de parto, ¿te preguntaron y autorizaste todas las prácticas que te realizaron? Por ejemplo, el tacto.
6. ¿Tuviste mucho dolor al momento del parto? ¿Cómo lo aliviaste? ¿Se te ofreció algo para aliviarlo?

7. Una vez nacido tu bebé, ¿te lo pusieron en el pecho? (pudiste acariciarlo, tenerlo en brazos, darle el pecho, ponerlo piel con piel, etc.) ¿Recordás por cuánto tiempo? ¿Para vos fue tiempo suficiente?
8. En caso de que se te haya imposibilitado el contacto inmediato con el bebé piel con piel, ¿te explicaron por qué?

V. TRATO DIGNO

[Para vincular con toda la estancia en la institución, incluyendo todos los servicios, incluso el personal administrativo].

1. A lo largo del proceso de parto e internación posparto, el personal de salud que te atendió ¿te trató en forma digna y respetuosa? ¿Te sentiste bien tratada/cuidada? (te saludaron, te miraron, fueron cordiales, te escucharon, pudiste realizar las preguntas que tenías, tomaron tus creencias, respetaron tus decisiones, etc.).

Guías...

1. Realizó comentarios irónicos sobre tu comportamiento.
2. Realizó comentarios descalificadores sobre tu comportamiento.
3. Te criticó por llorar o gritar de dolor.
4. Te criticó por llorar o gritar de emoción.
5. Te ignoró.

Una vez nacido tu bebé, ¿el personal de salud que te atendió te permitió preguntar tus inquietudes o manifestar tus miedos?



VI. EXPERIENCIA DE PARTO

1. Para ir cerrando, si tuvieras que destacar un hecho muy importante que te haya quedado de tu parto, ya sea muy bueno o muy malo, ¿qué nos contarías?
2. Por último, retomando todo lo que venimos charlando, ¿cómo definirías, entre muy positiva y muy negativa, tu experiencia en el hospital desde que ingresaste a parir hasta que te fuiste a casa?

VII. CONSENTIMIENTO

HOJA DE INFORMACIÓN

SOLICITAMOS TU CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DEL PRESENTE ESTUDIO que tiene como objetivo recabar información sobre la experiencia de parto desde la perspectiva de las usuarias. Buscamos, a partir de este relevamiento, colaborar con los servicios de neonatología y obstetricia a través de la descripción de las experiencias y percepciones de usuarias del servicio de atención obstétrica. Estas entrevistas se desarrollan en el marco de un proyecto que venimos desarrollando desde la Defensoría de Niños, Niñas y adolescentes junto con UNICEF Argentina y el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Tu participación es de gran importancia, ya que aportará información valiosa para mejorar la calidad de atención en los servicios desde las vivencias de las mujeres y acompañantes.

La participación es voluntaria y será grabada, no existen costos, ni riesgos físicos o psicológicos por participar. Durará aproximadamente 20 minutos. Podés rehusarte a participar o bien abandonar en cualquier momento, sin necesidad de expresar los motivos. A la vez es confidencial, tu nombre no será divulgado, no aparecerá en ningún lado, ni tampoco se podrá identificar que fuiste vos quien dio las respuestas. Si los resultados del estudio se publican, no incluirán datos personales que puedan identificarte.

A continuación, te brindamos un formulario de consentimiento en el cual deberás firmar y poner tus datos, ya que es un requisito de resguardo para ambas partes de que la entrevista sucedió en un marco de derechos resguardados.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar expreso mi conformidad para participar del estudio que me ha sido claramente explicado. He leído y comprendido la hoja de información y he tenido la posibilidad de formular las preguntas y estoy satisfecho con la información recibida. He sido informado por un investigador cuyo nombre y apellido se hace constar al pie de este documento.

Tengo conocimiento que mi participación es libre y voluntaria y que puedo retirarme sin perjuicio. Se me ha informado que los datos que deriven de este estudio serán tratados según criterios de anonimato y confidencialidad, acorde a las normativas éticas y legales: la Ley nacional N.º 25.326 sobre protección de datos, la Ley nacional N. 26.529 de los derechos de los pacientes, la Resolución N.º 1480 Guía para Investigaciones en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2011), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (UNESCO, 1948) y Pautas CIOMS (2009).

Entiendo que no recibiré remuneración por participar ni otros beneficios. La investigación tampoco me generará gastos. Los resultados se utilizarán manteniendo siempre la reserva de los datos personales.

PARTICIPANTE / PACIENTE

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:..... DNI:.....

FECHA:.....

INVESTIGADOR QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO:

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:..... DNI:.....

FECHA:.....



Anexo 3

Instrumento para elaborar un plan de acción

Se facilitó a los participantes un instrumento sencillo para guiar la elaboración del plan de acción luego de haber completado el diagnóstico inicial y de haber recibido la visita en terreno y el acompañamiento del equipo del programa.

El objetivo es facilitar el proceso de trabajo en equipo y el diseño de una propuesta de mejora que parta desde el diagnóstico y priorice acciones que deberán ser monitoreadas a través de la medición de indicadores seleccionados.

1. Diagnóstico inicial

La mejora continua requiere conocer la situación actual. El equipo local, liderado por los referentes, realizará un análisis inicial sobre la forma de trabajo en cada maternidad con miras a poder respetar el marco legal vigente. Estos datos son complementarios a los obtenidos por el equipo asesor en la recorrida en terreno y debe quedar registrado en un documento que describa los indicadores y los datos al momento de inicio del dispositivo.

2. Priorización de la problemática que se trabajará

Luego del diagnóstico inicial, se hará un listado de las oportunidades de cambio identificadas para describir cuáles son los procesos de atención por los que se comenzará a trabajar. Esta información debe quedar registrada en el documento de trabajo.

3. Identificación de profesionales vinculados con los procesos de atención

El equipo de trabajo incluye a todas las personas involucradas en la atención de las personas usuarias y su familia desde el ingreso a la maternidad.


Los decisores (dirección provincial, dirección de cada maternidad y jefes de servicio) designarán referentes de cada hospital. Las características y las habilidades de las personas referentes deben ser definidas por los decisores, pero es ideal contar con un líder de opinión nato, que tenga ascendente sobre el equipo perinatal, que se capacite en las estrategias a implementar. También es deseable que las personas encargadas de liderar el cambio tengan tiempo protegido, donde no deban realizar tarea asistencial y dediquen su tiempo en el hospital a trabajar en el proceso.

Es necesario establecer un contacto personal con todos los integrantes del equipo de salud, para sensibilizarlo sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la atención y cuál es el proceso en el que inicialmente se va a trabajar. Se sugiere también una reunión de puesta en común para construir un espacio de intercambio. Toda esta información también debe quedar registrada en el documento de trabajo.

4. Descripción de barreras o facilitadores

Existen factores que inciden en la factibilidad de cambiar un proceso de atención, un aspecto o una actividad priorizada. La identificación de aquellos que facilitan (facilitadores) o por el contrario obstaculizan (barreras) en cada servicio la implementación del cambio en el proceso de atención requiere no solo el conocimiento por parte del equipo de salud sobre el tema, sino también conocer sus capacidades o competencias para adoptar e implementar las actividades planteadas, su alineamiento con la propuesta, el grado de convencimiento de la necesidad de implementar el cambio y la motivación para iniciarlo, entre otros aspectos.

Analizar esto permitirá diseñar una intervención que considere los principales obstáculos y las 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; entrenamiento específico, en caso de falta de competencias o habilidades para el desarrollo de las actividades propuestas). Toda esta información también debe quedar registrada en el documento de trabajo.



5. Convocar a los integrantes de los equipos involucrados y diseñar el plan de acción

Con la convocatoria total, y en forma común, se diseñará la estrategia de intervención con los objetivos y los pasos propuestos, en base a los datos relevados. Toda esta información también debe quedar registrada en el documento de trabajo.

6. Para elaborar el plan de acción se puede partir de las siguientes preguntas:

- » ¿Qué se realizará?
- » ¿Quién lo realizará?
- » ¿Cómo se implementarán las acciones de mejora?
- » ¿Cuándo se implementarán?
- » ¿Cómo se evaluará? (indicadores que permitirán evaluar el logro de los objetivos propuestos)

Toda esta información debe quedar registrada en el documento de trabajo. Luego, para ajustar la implementación del dispositivo, se realiza el monitoreo en tiempo real de todas las etapas del proceso. La implementación finaliza con la elaboración de un informe para los equipos y los decisores; y también se genera información para las personas usuarias y sus familias. La **evaluación continua y el informe final** son parte de la medición de indicadores y de mejora como estrategia de gestión de la calidad.

Anexo 4

Instrumento para elaborar un informe final de implementación de la estrategia


Toda estrategia de cambio debe quedar registrada, para poder medir su impacto. La idea es que el día a día quede registrado en un informe.

Deben incluirse las siguientes etapas:

1. Diagnóstico inicial. Para poder cambiar se necesita poder describir la situación actual. Por ello, se realizará un análisis inicial de cómo se está trabajando en la maternidad dentro del marco legal vigente (Ley N.º 25.929), basándonos en la propuesta de MSCF. Este diagnóstico debe quedar registrado en un documento que describa los indicadores y datos.

2. Priorización de la problemática que se trabajará. Una vez hecho el diagnóstico inicial, se hará un listado de las oportunidades de cambio identificadas a fin de describir cuáles son los procesos de atención por los que comenzaron a trabajar.

3. Identificación de profesionales vinculados con los procesos de atención. El equipo de trabajo incluye a todas las personas involucradas en la atención de la persona gestante y su familia desde el ingreso a la maternidad. Los referentes de cada hospital realizarán un contacto personal con todos los integrantes del equipo de salud, para sensibilizarlos sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la atención y cuál es el proceso en el que inicialmente se va a trabajar. Se sugiere también una reunión de puesta en común para construir un espacio de intercambio. En el informe se debe consignar:

- 
1. Número de reuniones.
 2. Capacitaciones.
 3. Contactos informales.
 4. Compromiso institucional de las direcciones.
 5. Otras estrategias.

4. Descripción de barreras o facilitadores. Existen factores que inciden en la factibilidad de cambiar un proceso de atención, un aspecto o una actividad priorizada. La identificación de aquellos que facilitan (facilitadores) o por el contrario obstaculizan (barreras) en cada servicio la implementación del cambio en el proceso de atención requiere no solo el conocimiento por parte del equipo de salud sobre el tema, sino también conocer sus capacidades o competencias para adoptar e implementar las actividades planteadas, su alineamiento con la propuesta, el grado de convencimiento de la necesidad de implementar el cambio y la motivación para iniciarlo, entre otros aspectos.

Analizar esto permitirá diseñar una intervención que considere los principales obstáculos y las 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; entrenamiento específico, en caso de falta de competencias o habilidades para el desarrollo de las actividades propuestas).

5. Elaborar un plan de acción.

- 5.1. Estrategias.
- 5.2. Responsables en cada paso del proceso.
- 5.3. Descripción de cómo se implementaron las acciones de mejora.
- 5.4. Etapas en la implementación (cuándo se implementaron)
- 5.5. Evaluación
 - 5.5.1 Construcción de indicadores que permitirán evaluar el logro de los objetivos propuestos.
 - 5.5.2 Indicadores

6. Conclusiones y propuestas de seguimiento. Toda esta información debe quedar registrada en el informe final, guardado como PDF y enviado por correo electrónico al referente del programa.

Referencias bibliográficas





Referencias bibliográficas

- Camacho Bejarano, R. *et al.* 2011. “La mentoría clínica en el desarrollo competencial de los profesionales de Enfermería: la visión desde el Reino Unido”. *Index de Enfermería* 20 (1-2): 101-105. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100021>
- Di Marco, I. 2021. “La salud materna y neonatal en tiempo de pandemia”. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 6(1).
- Dirección Nacional de Población. 2021. *La natalidad y la fecundidad en Argentina entre 1980 y 2019*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/09/informe_natalidad_y_fecundidad_entre_1980y2019.pdf
- Instituto de Medicina de Estados Unidos. 2000. *Errar es humano*. Committee on Quality of Health Care in America.
- Larguía, M. *et al.* 2022. *Manual Maternidad Segura Centrada en la familia con enfoque intercultural*. UNICEF y Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>
- Marx, D. 2001. *Patient Safety and the “Just Culture”. A Primer for Health Care Executives*. <http://www.safer.healthcare.ucla.edu/safer/archive/ahrq/FinalPrimerDoc.pdf>
- Ministerio de Salud de Nación. s. f. *Guías de Práctica Clínica*. https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field_problematika_target_id=66&field_soporte_target_id=All&title=
- Ministerio de Salud de la Nación. 2021. *DEIS: Estadísticas Vitales Información Básica Argentina*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. 2022. *Manual de Seguridad del Paciente*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf

ONU Argentina. 2021. *Análisis conjunto del sistema de Naciones Unidas 2021. Los efectos de la pandemia por COVID 19 en la Argentina*. <https://argentina.un.org/es/145708-analisis-conjunto-del-sistema-de-naciones-unidas-2021-los-efectos-de-la-pandemia-por-covid>

Puertas, E. B., J. M. Sotelo y G. Ramos. 2020. "Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud". *Revista Panamericana de Salud Pública* 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.124>

The American College of Healthcare Executives. 2019. *Leading a Culture of Safety. A Blue print for Success*. Traducción y adaptación del Dr. Fabián Vítolo. Noble Compañía de Seguros.

UNICEF. 2011. *El Análisis Causa-Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/maternoinfantil/files/2012/08/Guia-ACR.pdf>

Normativa mencionada

Ley N.º 25.929 de Parto Respetado <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ley N.º 26.485 de Prevención de Toda Forma de Violencia Contra la Mujer <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley N.º 27.611 de los 1000 días <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/365000-369999/365777/norma>

Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

