



# **Factores facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por el modelo maternidad segura y centrada en la familia : Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo." Santiago del Estero. Abril - Mayo 2014**

**Maira Mansilla.**

Tesis - Maestría en Salud Materno Infantil - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Secretaria de Graduados en Ciencias de la Salud, 2015.

Aprobada: 10 de mayo de 2019.

---

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

---

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Factores facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por el modelo maternidad segura y centrada en la familia : Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo." Santiago del Estero. Abril - Mayo 2014 por Maira Mansilla se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
SECRETARÍA DE GRADUADOS  
MAESTRÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

---

**FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES  
EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS  
POR EL MODELO MATERNIDAD SEGURA Y  
CENTRADA EN LA FAMILIA.**

**HOSPITAL REGIONAL “DR. RAMON CARRILLO”.  
SANTIAGO DEL ESTERO.  
ABRIL-MAYO 2014**

**INFORME FINAL**

*Autora:*  
**MAIRA MANSILLA**

*Directora:*  
**Mg. ADRIANA GILARDI**

**CÓRDOBA, SEPTIEMBRE 2015**

## RESUMEN

**Título:** Factores facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por el modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero. Abril-Mayo 2014.

### **Objetivo**

Explorar los factores facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por el modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia en el Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo" de Santiago del Estero, 2014.

### **Material y Método**

Es un estudio exploratorio, descriptivo de tipo cuali-cuantitativo, corte transversal. Se consideraron dos poblaciones: a) toda mujer puérpera (recién parida) internada en el servicio de internación conjunta madre-hijo o que tenga internado en la unidad de cuidados intensivos neonatal a su hijo. b) y el equipo de salud de neonatología y obstetricia (médicos, enfermeros, obstétricas, administrativos, personal de maestranza y seguridad). Para recolectar los datos se utilizará una entrevista a las madres y al equipo de salud utilizando como instrumento un cuestionario.

### **Conclusiones**

Factores facilitadores: - Accesibilidad para la asistencia al control prenatal.

- Satisfacción en el trato digno y respetuoso, comunicación y el interés del equipo de salud hacia la paciente. - Las mujeres manifiestan en general tener conocimiento de sus derechos: trato amable y respetuoso, acompañamiento en la sala de parto, espera en una sala confortable y de la residencia de madres.

- Incorporación del recurso humano. – La factibilidad de aplicación del modelo MSCF es el interés de conocer y aplicar dicho modelo.

- Una percepción de crecimiento en relación con la nueva planta física

Factores obstaculizadores: - Insatisfacción por no estar acompañada durante el parto y por el tiempo de espera durante su control prenatal. – Las mujeres desconoce el derecho del ingreso irrestricto en neonatología y el de elegir la posición que más le guste durante el parto. - No son motivadas por el equipo de salud en el acompañamiento en la sala de parto y el ingreso irrestricto en neonatología. - Una cantidad importante del personal tienen un nivel de formación de auxiliar y una situación de revista como beca y contrato de locación. - Insatisfacción en lo que respecta a la remuneración, la mejora continua del aprendizaje, el compromiso, el trabajo en equipo, el clima organizacional y las relaciones humanas. – Déficit en el conocimiento del significado e importancia de MSCF y poca participación hacia la transformación a MSCF debido a la falta de capacitación. - La percepción del equipo de salud del servicio en lo que respecta al recurso humano, insumos, equipamiento y organización del servicio es inadecuada.

**Sugerencias:** Profundizar la capacitación sobre el modelo MSCF.

## ABSTRACT

**Title:** The facilitators and hundering factors in achieving the objectives established by the model Safe Motherhood and Family Centered. Regional Hospital "Dr. Ramón Carrillo". Santiago del Estero. April - May 2014.

### **Objective**

Exploring the facilitators and hindering factors in achieving the objectives established by the model Safe Motherhood and Family Centered in the Regional Hospital "Dr. Ramón Carrillo" of Santiago del Estero, 2014.

### **Material and Methods**

This is an exploratory, descriptive study of qualitative and quantitative, cross-sectional. Two population were considered a) all puerperal woman (new mother) admitted to the service of mother-infant rooming or has admitted to the neonatal intensive care unit to his son, and b) and health teams neonatology and obstetrics (doctors, nurses, midwives, administrative, petty officers and security). To collect the data were used to interview mothers and the health team using a questionnaire as a tool.

### **Conclusions**

Enabling factors: - Accessibility to prenatal care. – Satisfaction dignified treatment and respectful treatment, communication and the interest of the health team to the patient. - Women generally say they have knowledge of their rights: friendly service and respectful treatment, support in the delivery room, waiting in a comfortable room and the residence of mothers. - Incorporation of human resource. - The feasibility of applying the model MSCF is the interest to know and apply that model. - A perception of growth in relation to the new physical plant of the service.

Hindering factors: - Dissatisfaction for not being accompanied during childbirth and the waiting time for prenatal care. – Women unknow the right of unrestricted income in neonatology and choose the position that you prefer during labor. - They are not motivated by the health team in the accompaniment in the delivery room and neonatal unrestricted income. - A significant number of staff has a level of training of auxiliary and standing magazine as scholarship and lease. - Dissatisfaction with respect to remuneration, in the continuous improvement of learning, commitment, teamwork, organizational climate and human relationships. - A deficit in the knowledge of the meaning and importance of MSCF and low participation to the transformation MSCF due to lack of training. - The health team's perception of the service in terms of human resources, supplies, equipment and service organization is inadequate.

**Tips:** Training Workshops MSCF model.

**Dedicado a:**

**A mi esposo Esteban por su apoyo incondicional, por mantener unida la familia mientras yo persigo mi sueño profesional.**

**Mis hijos: Delfina de 12 años y Romanella de 9 años, por hacer feliz mi vida.**

**A mi familia, por su ayuda, principalmente a mi madre Valle por su confianza, apoyo y amor.**

**A mi Jefe del Programa Materno Infantil: Dr. Pedro Carrizo, por su generosa contención y apoyo para la realización de esta Maestría.**

**A mi tutor de tesis: Mg Adriana Gilardi, por acompañarme en este proceso de mi vida.**

**A un gran docente: Dr. Jose Luis Maidana, por su sabiduría y aporte en mi crecimiento profesional.**

**A las madres encuestadas por compartir su tiempo y experiencia.**

**Al equipo de salud del servicio de neonatología y obstetricia del Hospital Regional "Ramon Carrillo" por su vocación de servicio.**

**A Dios que me acompaña y guía en todo momento.**

**"LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS UNC NO SE HACEN SOLIDARIOS CON LAS OPINIONES DE ESTA TESIS" (RHCD N° 53/02 RHCS 195/02)**

## INDICE

<b>Introducción</b>	11
<b>CAPÍTULO I:</b>	
<b>Marco Contextual</b>	17
<b>Marco Teórico:</b>	21
Antecedentes del modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia	21
Ejes conceptuales y principios del modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia	25
Acciones a desarrollar en las Maternidades Seguras Centradas en la Familia	29
<b>Objetivo</b>	34
<b>CAPÍTULO II: Material y Métodos</b>	
Población – Muestra	35
Identificación de Variables	37
Definición de variables	43
Técnica e instrumento de recolección de datos	47
<b>CAPÍTULO III: Resultados y Discusión</b>	48
Conclusiones	74
<b>CAPÍTULO IV: Bibliografía</b>	80

<b>Anexos</b>	84
Anexo 1 "Entrevista para madres"	85
Anexo 2 "Encuesta al Equipo de Salud"	87
Anexo 3 "Tablas Complementarias"	89

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA N°1:</b> "Distribución de las mujeres puérperas según tipo de accesibilidad"	48
<b>TABLA N° 2:</b> "Distribución de las mujeres puérperas según tipo de satisfacción durante su atención"	49
<b>TABLA N° 3:</b> "Distribución de las mujeres puérperas según tipo de conocimiento sobre sus derechos"	50
<b>TABLA N° 4:</b> "Distribución de las mujeres puérperas según motivación recibida por el equipo de salud"	52
<b>TABLA N° 5:</b> "Distribución del equipo de salud según servicio de salud y nivel de formación"	53
<b>TABLA N° 6:</b> "Distribución del equipo de salud según situación de revista y servicio de salud"	54
<b>TABLA N° 7:</b> "Distribución del equipo de salud según antigüedad de servicio y servicio de salud al que pertenece"	55
<b>TABLA N° 8:</b> "Distribución del equipo de salud según conocimiento de MSCF y servicio de salud al que pertenece"	56
<b>TABLA N° 9:</b> "Distribución del equipo de salud según profesión y conocimiento de MSCF"	57



<b>TABLA N° 10:</b> “Distribución del equipo de salud sin capacitación sobre MSCF según causas”	59
<b>TABLA N° 11:</b> “Distribución del equipo de salud según satisfacción laboral”	59
<b>TABLA N° 12:</b> “Distribución del equipo de salud según factores facilitadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF”	61
<b>TABLA N° 13:</b> “Distribución del equipo de salud según servicio de salud y factores facilitadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF”	61
<b>TABLA N° 14:</b> “Distribución del equipo de salud según factores obstaculizadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF”	62
<b>TABLA N° 15:</b> “Distribución del equipo de salud según nivel de formación y factores obstaculizadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF”	63
<b>TABLA N° 16:</b> “Distribución del equipo de salud según participación en la transformación de MSCF	64
<b>TABLA N° 17:</b> “Distribución del equipo de salud según profesión y participación en la transformación de la MSCF en trabajar con normas de atención”	65
<b>TABLA N° 18:</b> “Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: crecimiento con respecto a la nueva planta física”	67

<b>TABLA N° 19:</b> "Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: preocupación con respecto a la planta física"	68
<b>TABLA N° 20:</b> "Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: insumo y equipamiento adecuado"	69
<b>TABLA N° 21:</b> "Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: insumo y equipamiento inadecuado"	70
<b>TABLA N°22:</b> "Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: recurso humano"	71
<b>TABLA N°23:</b> "Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: organización adecuada"	72

## INDICE DE GRAFICOS

<b>GRAFICO N° 1:</b> "Distribución del equipo de salud según capacitación recibida de MSCF"	58
<b>GRAFICO N° 2:</b> "Distribución del equipo de salud según factibilidad en la aplicación del modelo MSCF"	60
<b>GRAFICO N° 3:</b> "Distribución de los encuestados según opinión de nueva planta física"	66
<b>GRAFICO N° 4:</b> "Distribución del equipo de salud según equipamiento e Insumo del servicio"	69
<b>GRAFICO N° 5:</b> "Distribución del equipo de salud según organización del servicio"	72

## INTRODUCCION

La investigación se circunscribió a los "Factores facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por el modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia". Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Santiago del Estero. Abril – Mayo 2014.

Para lograr una mejor calidad de la atención de la salud perinatal a fin de reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal, el Programa Materno Infantil en coordinación con el gobierno Nacional, Provincial y con UNICEF realizaron actividades para la transformación a Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) capacitando los recursos profesionales con ejes en la protección de los derechos de las madres, recién nacidos y familias, en la promoción de la participación y colaboración de los padres, la familia y la comunidad, en el uso de prácticas efectivas y seguras, en la sensibilización y conciencia de los criterios de calidad para los servicios de salud.

Si bien han pasado más de dos años de iniciada las acciones de transformación en la Maternidad de Santiago del Estero, aún no se evaluó dicho Modelo. Sin pretender ser una evaluación del Modelo, con la presente investigación se intenta aportar algunos elementos que intervienen como factores que facilitan u obstaculizan el logro de algunos de sus objetivos con el fin de que sirvan de base para una propuesta que reoriente la programación a través de acciones adicionales, correctivas y/o de réplica o refuerzo que permitan lograrlos.

Las MSCF representan un cambio de paradigma en la asistencia perinatal, incluyen la participación, la seguridad y las garantías de los derechos humanos, todas necesarias para gozar de respeto por sí mismo y de la sensación de pertenecer a una comunidad. El interés personal – profesional es lo que se busca para todo el equipo de salud perinatal; genera conformidad, estímulo e incentiva un efecto de pertenencia de tal forma que haya creatividad como así también compromiso con los resultados positivos en la calidad humana de la asistencia sanitaria. Dentro de estas necesidades se incluyeron además la disponibilidad de condiciones y medios laborales idóneos y seguros y la capacitación o superación del personal profesional.

A partir de la implementación del modelo MSCF se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal en nuestro país.

El modelo MSCF tiene una cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención. Es coherente con el pensamiento universal vigente: medicina centrada en el paciente (y su familia) y seguridad del paciente. Es un cambio de paradigma, que suma lo humanístico al progreso tecnológico<sup>1</sup>, cuenta con avales nacionales y de organismos internacionales.

Este Modelo establece que:

- La protección de los derechos de los padres y de su hijo, no es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos, enfrenta la inequidad y la discriminación y admite publicidad en el marco de la ética.
- La promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y de la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo durante el embarazo, el parto y el puerperio empodera a la

---

<sup>1</sup> American Academy of Pediatrics (AAP) -The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Guidelines for perinatal care. 5th. Edition. Elk Grove-Washington, AAP-ACOG, 2002

familia y es gratificante para todos los agentes de salud posibilitando el compromiso.

- El uso de prácticas efectivas y seguras, intervenciones beneficiosas y basadas en la evidencia, son un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua, es costo-beneficiosa y replicable, participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio, y fortalece otras iniciativas, como la del Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), que promueve fuertemente la lactancia materna.

Luego de consultar trabajos de investigación, revistas de investigación, meta buscadores de la salud, encontraron los siguientes trabajos:

- María Adelina Mohedano, "Encuentro de derechos y evidencia científica ¿Es posible su implementación? Factores obstaculizadores y facilitadores, San Miguel de Tucumán, Diciembre 2006". Esta investigación plantea que un servicio basado en el derecho de las personas y en el cumplimiento de conductas médicas con evidencias científicas, como afirma el proyecto de Maternidades Centradas en la Familia, es condición necesaria pero no suficiente para mejorar los resultados perinatales. Concluyendo que el 92% de las embarazadas fueron acompañadas en su parto; en cuanto al conocimiento de los derechos de las mujeres casi la tercera parte manifestaron conocer sus derechos. Esta investigación destaca que sólo el 3% de las madres recibió información de un profesional médico, a fin de saber el conocimiento sobre la filosofía de las Maternidades centradas en la familia el 89% respondió que la conocían sin embargo al indagar sobre los alcances de la ley sobre acompañamiento en las salas de parto, uno de los pilares que sustentan este modelo de atención, solo 4 de cada 10 personas conocían sus alcances. Con respecto a los factores facilitadores el 86% de ellos manifestó que es posible la aplicabilidad de este tipo de maternidades. No obstante, consideraron factores indispensables como 100% necesarios el adaptar la infraestructura y la capacitación del recurso humano, la concientización a la población 11% y a una política sanitaria de fortalecimiento del modelo 15%. Las opiniones aparecen divididas equitativamente respecto de si el cambio

generacional del recurso profesional influenciaría sobre la consolidación del modelo. Siendo el único trabajo de investigación realizado en la Argentina sobre factores facilitadores y obstaculizadores relacionado a MSCF, fue útil para armar el instrumento.

- Dr. Pablo G. Eulmesekian, Dra. Verónica Peuchot y Dr. Augusto Pérez. "Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos". Esta investigación habla de las opiniones de los pacientes internados, evaluados mediante encuestas de satisfacción, constituyen un indicador del aspecto de calidad denominado Cuidados Centrados en el Paciente, el centro de un marco formado por respeto de sus necesidades, información adecuada, participación en las tomas de decisiones, apoyo emocional y físico, y coordinación de los cuidados. El puntaje promedio de satisfacción fue de 85,7(IC95% 83,5-87,8) y el puntaje de cada dominio fue: impresión general, 84,8 (IC95% 82,3-87,7); accesibilidad y disponibilidad, 88,8 (IC95% 86,4-91,2); consideración y respeto, 85,7 (IC95% 83,1-88,3); trabajo en equipo, 84,6 (IC95% 80,9-88,3); información y comunicación, 85,5 (IC95% 82-89); relación entre padres y equipo de salud, 89,5 (IC95% 86,7-92,3); confort físico, 91,8 (IC95% 89-94,6); y continuidad de cuidados 70,9 (IC95% 64,9-76,9). Siendo útil para armar el cuestionario de las usuarias madres.

- Alejandro González (2000), "Auditoria de la administración de recurso humano en el Hospital Militar Central del Ejército". Dicho trabajo fue presentado para optar el Grado de Doctor en la Universidad Nacional Federico Villarreal. La investigación fundamenta el problema en el sentido de que las internas de administración de recursos humanos de limitan la calidad de los servicios. Se determinó que la mayoría del personal expresa insatisfacción por la gestión de los recursos humanos y considera limitaciones en las condiciones de trabajo, también que las escasas habilidades y relaciones de los jefes afectan el desempeño de los trabajadores, hay carencias de trabajo grupal y falta de un clima de cooperación y que la capacitación es inadecuada, e incluso inexistente por el personal administrativo. El objetivo primordial del estudio es dar a conocer la importancia del control de los recursos humanos

para realizar un adecuado servicio, tanto en eficiencia y eficacia en una institución hospitalaria militar. Las conclusiones del trabajo determinan que, si bien existen políticas e instrumental técnico para la administración de Recursos Humanos, sin embargo, esta política es vertical; la institución no se encuentra acorde con las necesidades y requerimientos específicos del Hospital Militar Central, carece de una visión estratégica de la importancia de los Recursos Humanos en el mejoramiento de la eficiencia institucional y se aplican normas y procedimientos burocráticos, que generan insatisfacción. Este estudio fue útil para armar el cuestionario para la valoración del recurso humano.

El objetivo del presente trabajo consistió en explorar los factores facilitadores que colaboran en ese proceso de transformación hacia MSCF y los factores obstaculizadores que retardan el cambio deseado, observando acciones integrales del programa para garantizar mejores resultados perinatales y con evidencia científica en el mejoramiento y la protección de la salud de la población santiagueña.

Esta investigación se presenta en cuatro capítulos. En el primero se aborda por un lado el Marco Contextual, y por el otro, el Marco Teórico que sirvió de soporte en la realización del estudio. En tal sentido se revisaron los antecedentes, ejes conceptuales y principios del Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la familia con la finalidad de lograr una visión crítica y esclarecedora de su importancia. Posteriormente se consigna el objetivo general que la orienta la investigación, a partir del cual se tomaron las decisiones metodológicas pertinentes.

En el segundo capítulo -Material y Método- se describe a la población y la muestra bajo estudio. Identifica el enfoque de la investigación, tipo exploratorio-descriptivo. Incluye la identificación de variables y sus respectivas definiciones teóricas y operacionales. Se describen las técnicas e instrumentos de recolección de datos y explican las técnicas de procesamiento de los mismos. Los interrogantes que componen el instrumento surgieron de las variables del equipo de salud y de las madres, considerando las intervenciones



de las actividades del personal en esta maternidad orientadas a los derechos de la madre, del niño y la familia y el punto que articula con la reflexión de las usuarias madres con respecto a este tema.

El tercer capítulo –Resultados y Discusión- presenta los datos recogidos ordenados en tablas de frecuencia simple y de contingencias con sus correspondientes análisis e interpretación, lo que generó las discusiones pertinentes que dieron respuesta a los interrogantes de la investigación. A continuación, y en base al análisis e interpretación de los datos recogidos, se presentan las conclusiones.

Las decisiones metodológicas como la fundamentación teórica han exigido el análisis de bibliografía, en tal sentido la misma se cita en el último capítulo del presente informe.

## CAPÍTULO I

### MARCO CONTEXTUAL

Este trabajo de investigación se realizó en la maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Es un hospital público que se ubica en el centro oeste de la ciudad capital de Santiago del Estero. Esta provincia es de extenso territorio con una densidad poblacional de 6,6 hab/km<sup>2</sup>, posee una población total de 896.461 habitantes<sup>2</sup>. La población usuaria es de todo capital urbano y por derivación desde hospitales del interior de la provincia. En este sentido, se observa una mayor proporción de embarazadas con patología diversas y de recién nacidos prematuros que supera la media de otros servicios de la provincia de Santiago del Estero dado que es la única maternidad de III nivel. La población asistida es mayoritariamente de clase media baja y pobre, proveniente del cinturón urbano que rodea a la ciudad capital y resto de la provincia.

En el año 2012 la Dirección de Maternidad e Infancia dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia junto con el Ministerio de la Nación y UNICEF implementó un modelo para el mejoramiento de la calidad en la atención perinatal de los pacientes, en el marco del modelo MSCF.

Por su parte, esta Dirección utilizó las guías de evaluación de servicios de neonatología (Larguía M, [www.sarda.org.ar](http://www.sarda.org.ar)) y su informe enuncia que de los 280 ítems que la componen, solo se cumplió el 63%: planta física 67,1%, equipamiento 75,8%, recurso humano 32,6% y la organización 63,8%.

---

<sup>2</sup> Indec. Censo 2010

Por otro lado el Sistema Informático Perinatal de la provincia (SIP) expresó que el total de los recién nacido (RN) internados en el año 2013 fue de 1081 con un promedio de 11,4 días de internación por RN; que en relación a prematuridad (edad gestacional < 37 sem.) arrojó un total de 458 (42,4%); que 389 (36%) fueron bajo peso al nacer (BPN  $\leq$  2500 gr):, muy bajo peso al nacer (MBPN = < 1500 gr): 76 (7%); extremo bajo peso al nacer (EBPN = menor de 1000 gr): 28 (2,6%); mortalidad neonatal total: 95 (8,8%); RN trasladados: 34 (3,1%); malformación congénita mayor: 103 (9,5%); sobrevivida de RN total: 986 (91,2%); de RN de 750 a 999 gr: 9 (43%), de 1000 a 1499 gr: 34 (70,8%), de RN de 1500 a 1999 gr: 144 (93%), de RN de 2000 a 2499 gr: 147 (93%), de RN de  $\geq$  2500 gr: 635 (94%); prevalencia de infección neonatal precoz (< 72 hs.): 202 (18,7%), de infección neonatal tardía: 52 (4,8%) y de estos en los < 1500 gr: 11 (14 5%); prevalencia de RN < 1500 gr con DBP: 5 (6,6%) y con retinopatía del prematuro (ROP): 8 (10,5%), la tasa de pesquisa de ROP en < 1500 gr y < 33 edad gestacional y > 27 días: 14 (50%) y de los < de 33 sem y > 27 días: 34 (62%) y la prevalencia de tratamiento de ROP en < 37 sem.: 17 (3,7%) y en < 1500 gr: 17 (22,4%)<sup>3</sup>.

La planta física del servicio tiene tres grandes zonas: Zona A de atención del RN en Sala de Partos, Zona B de Internación Conjunta Madre-Hijo y Zona C de Cuidados Especiales o de Internación Neonatal.

Con respecto al equipamiento se registraron las siguientes 26 incubadoras, 10 servo cunas, 26 saturometros, 14 monitores de signos vitales, 10 respiradores sincronizados y 1 de alta frecuencia, 30 bombas de infusión, 4 equipos de luminoterapia y 4 computadoras. En cuanto a la disponibilidad de plaza hay 12 unidades en terapia intensiva, 14 unidades en terapia intermedia, 6 unidades en bajo riesgo, 6 unidades en aislamiento y 36 unidades en internación conjunta.

El recurso humano con el que cuenta el Servicio de Neonatología es el siguiente: 12 médicos guardia/planta de 36hs; 85 enfermeras (18 en el turno

---

<sup>3</sup> SIP neonatal

mañana, 14 en el turno tarde, 18 en el vespertino y 12 en el turno noche). Más del 2/3 de este recurso humano no son diplomadas y además el Servicio no dispone de enfermeras dedicadas exclusivamente a la atención de los RN normales en internación conjunta. Las 4 mucamas están distribuidas en tres turnos (turno mañana 2, en turno tarde 1 y turno vespertino 1). Además, el Servicio cuenta con los siguientes inter-consultores: infectólogo, cardiólogo, oftalmólogo y cirujano. No así con neurólogo y genetista. De acuerdo a las guías de evaluación el personal no posee un legajo donde se consigne evaluaciones anuales del desempeño.

Con respecto a la organización se avanza en el acompañamiento de las mamás, papás, abuelos y hermanos en la internación. Se realizan capacitaciones permanentes en la técnica de higiene de manos. Se tiende al ideal de enfermera por niño internado con aumento del RRHH en número con la incorporación de becarias del Ministerio de Salud de la Nación. Se inauguró la residencia de madres el 9 de Octubre de 2014 gracias a ONG farmacity, UNICEF y Ministerio de Salud de Santiago del Estero.

También se utiliza la guía de evaluación de maternidades (por Resolución 348/2003 las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad -sector obstetricia), observándose que en la planta física cumple con 10,48% de los ítems; en el equipamiento cumple el 50% de los ítems; el recurso humano tiene requisitos limitantes anulando la suma de los mismos; y la organización con respecto a las normas de OMS cumple un 70% de los ítems a diferencia con normas generales se cumple un 8% de los ítems.

En el año 2013, el Servicio de Obstetricia atendió 6.661 partos, de los cuales 1578 (23,7%) fueron madres adolescentes, datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal de las Provincia (SIP).

El Área de Maternidad cuenta con una sala de embarazadas con 44 camas distribuidas en su control 4 camas por médico, hay 6 camas de alto

riesgo, 5 camas en delatantes, 2 camas en shock room, 40 camas en puérperas y 4 salas únicas de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPP), se trabaja para el acompañamiento de la mujer para garantizar a toda paciente el acceso a un parto humanizado con la creación de 14 UTPP en el nuevo centro de maternidad. En el sector funciona el consultorio de admisión, el consultorio de alto riesgo, el consultorio de adolescencia, el consultorio de salud sexual y reproductiva y el área de ecografía obstétrica.

El recurso humano está integrado por 36 médicos de planta, 15 médicos de guardia de 24hs distribuidos en equipo de 3 médicos, 33 obstétricas y 60 enfermeras. Los Inter consultores del sector son cardiología, cirugía general, neurología, infectología, endocrinología, psicología, laboratorio y hemoterapia. El equipo de salud trabaja interdisciplinariamente realizando ateneos, pases de salas entre maternidad, neonatología y otros servicios del Hospital.

A su vez se realizaron diferentes capacitaciones, entre las que se citan el curso de "Seguridad de Pacientes" que fue desarrollado en 4 módulos con pasantía en la ciudad de Córdoba; el curso de "Higiene Institucional" y una capacitación en "Emergencias obstétricas" con la conformación de protocolos de actuación y se proveyeron kits para emergencia en obstetricia. Se elaboraron para todas las instituciones sanitarias públicas de la provincia, la "Guía de Trabajo para el manejo de residuos peligrosos" y la "Guía de Higiene Institucional". Se asiste a la reorganización de los Comités de Control de Infecciones. Conjuntamente con la Universidad Nacional de Santiago del Estero y el Colegio de Obstétricas se realizó la "Jornada de actualización del control prenatal" con una participación de 300 inscriptos; de las mismas surgieron los criterios de derivación de los respectivos niveles de atención.

Actualmente se trabaja con el gobierno de la provincia en la construcción del nuevo Centro Obstétrico y Neonatológico.

## MARCO TEORICO

### **Antecedentes del Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia**

En el mundo y en nuestro país, comenzaron a desarrollar diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia<sup>4</sup>.

El modelo MSCF constituye un paradigma de atención perinatal; fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda de Buenos Aires.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza una reunión en Fortaleza, Brasil de la que surge una declaración denominada "El nacimiento no es una enfermedad"<sup>5</sup> que da origen al trabajo futuro a favor de la transformación del modelo de atención. A esta se sumaron múltiples iniciativas para "humanizar" la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las Maternidades en instituciones "Centradas en la Familia" y no en el Equipo de Salud<sup>6 7 8 9 10 11</sup>.

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud Argentina. Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la familia. Buenos Aires, el Ministerio, 2004.

<sup>5</sup> OMS. El Nacimiento no es una enfermedad, Declaración de Fortaleza, Brasil, 1985. Lancet 1985; 8452-II: 456 –7.

<sup>6</sup> Largaía AM. Maternidades Centradas en la familia. Rev Hosp. Mat Inf Ramón Sardá 1998; 17:103-109.

<sup>7</sup> Duverges C. "Movimiento hacia una Maternidad Respetada", Buenos Aires, 1998. Impreso.

La Argentina se adhirió para promover la igualdad de género y la participación de la mujer en las decisiones, para disminuir la mortalidad infantil y para mejorar la salud de las madres. En 2000 La Cumbre del Milenio la Organización de las Naciones Unidas (ONU) dio lugar al enunciado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), donde la razón de mortalidad materna debería alcanzar un valor de 13 por cien mil nacidos vivos en 2015, la tendencia actual sólo alcanzaría un valor de 38 por cien mil nacidos vivos para ese año. En 2001 la Declaración de los derechos de la madre y la Declaración de los derechos del Recién Nacido<sup>12</sup>, y acerca de los Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, Ley 25929 vigente desde el 21 de noviembre de 2004.

En 2007 se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia (MCF), es una concepción filosófica y ética que reconoce que las mujeres, sus hijos y sus grupos familiares son los verdaderos "dueños de casa" en todos los centros médicos. MCF no es una propuesta original. Tampoco ni siquiera reciente. Hay numerosos consensos internacionales y nacionales que avalan este enfoque holístico que se basa en el respeto de los derechos de las personas y legitiman el papel del Estado en el proceso de tornarlos efectivos<sup>13</sup>. Los objetivos de MCF también deben adecuarse a la idiosincrasia y cultura del medio en el que se implemente el acuerdo a las posibilidades reales de cada maternidad.

---

<sup>8</sup> Saunders N. "Embarazo en el Siglo XXI: vuelta a la naturaleza con un poco de ayuda". Lancet 1997; 349:17.

<sup>9</sup> Coalition for Improving Maternity Service (CIMS), USA, 1996. Página web [www.motherfriendly.org](http://www.motherfriendly.org).

<sup>10</sup> Rede pela humanização do nascimento (REHUNA), Secretaria Municipal de Saúde, Río de Janeiro, Brasil, 1997. Impreso.

<sup>11</sup> OMS-BSR: Biblioteca de Salud Reproductiva. Iniciativa para Mejores Nacimientos: Iniciativa global para la promoción de una atención humanitaria y basada en evidencia durante el parto Effective Care Research Unit and the Reproductive Health Research Unit University of Witwatersrand, SA. International Health. Division. Liverpool School of Tropical Medicine, UK BSR. Nº 4, 2002. CD.

<sup>12</sup> Página web [www.saludaliamedica.com/webs/med018749/pag21.html](http://www.saludaliamedica.com/webs/med018749/pag21.html)

<sup>13</sup> UNICEF-ELA. Los Derechos Humanos en las Relaciones Familiares. Impreso, Buenos Aires, 2004.

En 2009, UNICEF trabajo, junto al Ministerio de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura. Con la intención de integrar la iniciativa MCF y la iniciativa Maternidad Segura, se conceptualizo un nuevo modelo integrado: MSCF.

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

El desarrollo humano se basa en el respeto de los Derechos Humanos e incluyen la participación de las personas en las decisiones y procesos que afectan sus vidas, necesarias para gozar de respeto por sí mismo, la potenciación y una sensación de pertenecer a una comunidad. Como gestores y beneficiarios del desarrollo, la participación otorga auto respeto y dignidad sociocultural a los ciudadanos. En definitiva, el desarrollo humano es el desarrollo de la gente, para la gente y por la gente. Es un concepto formulado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>14</sup>.

El convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica expresamente los lineamientos para que los pueblos indígenas sean partícipes y partes cooperantes de las decisiones en materia de servicio de salud, administración y prestación de servicio atendido y respetando sus tradiciones y culturas.

En Argentina muchas familias pertenecientes a pueblos indígenas no acceden oportunamente a los servicios de salud, en particular, en los que respecta a controles prenatales, esquema de vacunación y controles de salud del niño. Las principales barreras para el acceso de la atención son: 1) las barreras culturales determinadas por las dificultades o falta de comprensión de

---

<sup>14</sup> Página web [www.undp.org.ar/pnud](http://www.undp.org.ar/pnud).



la lengua e idiosincrasia de las madres o discriminación por cuestiones de género; y 2) las barreras geográficas y económicas, producto de las largas distancias que deben recorrer para llegar al centro de salud, la deficiente infraestructura caminera u de transporte, y/o la falta de recursos para su uso.

La adopción del enfoque intercultural en el marco de la iniciativa MSCF promueve la superación de las barreras culturales y la comprensión y respecto de la realidad social y cultural de las madres y familias, además debe acompañarse de procesos de participación de la comunidad y las organizaciones sociales que deben involucrarse en el diseño, implementación y evaluación de la atención con pertenencia cultural para que el modelo sea apropiado y legitimado socialmente

El Instituto de Medicina identifica seis áreas para mejorar la calidad, sosteniendo que los cuidados deben ser seguros, eficaces, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos<sup>15</sup>. Cada uno de estos aspectos puede ser evaluado mediante encuestas de satisfacción, constituyendo un indicador del aspecto de calidad denominado Cuidados Centrados en el Paciente<sup>16</sup>, ya que asegura las vivencias y opiniones de los pacientes constituyendo un elemento útil para mejorar la calidad de atención.

---

<sup>15</sup> Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: Institute of Medicine, 2001.

<sup>16</sup> American Academy of Pediatrics. Principles for the development and use of quality measurers. Pediatrics 2008; 121 (2): 411-8

## **Ejes conceptuales y principios del modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia**

A partir de la implementación del modelo MSCF se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre del niño y la familia que contribuya a mejorar la calidad de atención.

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 16 principios.

Eje conceptual 1: Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención, para el logro de este propósito se pretende que las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establezca como una de sus prioridades; es un cambio de la cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el RN; enfocado en la seguridad y en la prevención del error, orientado en las buenas prácticas y basadas en la evidencia científica; apoyando en el desarrollo de habilidades técnicas y en la capacitación continua; y afirmando en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud, se sustentan en cuatro principios.

- Principio 1: El modelo MSCF es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el paciente (y su familia) y seguridad del paciente.
- Principio 2: El modelo MSCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.
- Principio 3: Actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma. Los errores siempre ocurrirán, pero es posible minimizar su ocurrencia o sus consecuencias solo si se los enfrentara y se lo entiende como oportunidades para la mejora del sistema. Es necesario avanzar más allá de lo que paso, avanzar al porque sucedió, tratando de encontrar las causas primarias o factores determinantes para corregirlos o mejorarlos. La cultura del error asume la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva

que los considere como parte del aprendizaje". El error sirvió tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Comparten una dedicación continua y prioritaria por su mejoramiento, reconocen la naturaleza misma como propensa a la ocurrencia de errores, estimulan un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo, promueven la colaboración a distintos niveles jerárquicos para corregir los aspectos vulnerables y destinan recursos para mejorar la seguridad en forma sostenida.

- Principio 4: Tiene avales nacionales y organismos internacionales. Tiene el aval del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios de salud de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, Mendoza, Misiones, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero. También recibió el aval de la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Argentina de Perinatología, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de Terapia intensiva, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, el Centro de Estudio de Estado y Sociedad, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, la Federación de Obstetricia de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, la Federación de Obstetricia de República Argentina, la Asociación Medica de Anticoncepción, el Centro de Investigación en Salud y Población y el Colegio de Obstetricia de la provincia de Buenos Aires. Además, el Sistema de Naciones Unidas a incorporando esta iniciativa a la OPS y UNICEF.

Eje conceptual 2: Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo, que el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten sobre sus derechos y los de sus hijos.

- Principio 5: No es objeto de controversia el concepto de los derechos humanos.

- Principio 6: Enfrenta la inequidad y la discriminación. El modelo se basa en promover fuertemente el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de los pacientes, su situación familiar y estilo de vida; se esfuerza por garantizar el derecho de los niños a nacer en un ambiente de confianza y seguridad y por lograr que las relaciones entre las autoridades de la institución, el equipo de salud, los padres y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.

- Principio 7: Hace referencia que la sociedad debe conocer este programa para reclamarlo como un derecho inherente a las personas.

Eje conceptual 3: Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- Principio 8: Empodera a la familia y tiene beneficios agregados, estimula la participación de la pareja o la familia en la satisfacción de las necesidades de la mujer durante el parto, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración. El equipo de salud brinda información a la mujer y a su pareja de manera clara y comprensible, para hacerlos partícipes de la toma de decisiones ante cada situación. Permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, promover su permanencia continua y su participación activa en el cuidado de sus hijos, ahorrando horas de enfermería neonatal, que es un recurso humano insuficiente en número, asumiendo tareas como la alimentación a su RN y liberando a las enfermeras de estas tareas para ocuparse más eficientemente de asistir a los pacientes críticos. Disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria por la asistencia individualizada de madres y padres a sus hijos, reduciendo la posibilidad de transmisión de patógenos por médicos y enfermeros. Incrementa el porcentaje de alimentación a pecho a RN y la leche materna se asocia a una significativa reducción de las infecciones y de la enterocolitis necrotizante en RN internados. Implementa el monitoreo multiparamétrico de sus hijos siendo de gran ayuda para los padres una vez que el RN es dado de alta y los padres se convierten en los principales garantes del trabajo de los agentes de salud; e incrementa la adherencia al seguimiento en consultorio externo y además las autoridades se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la residencia de madres y convoquen a la comunidad a participar en actividades de voluntariado.
- Principio 9: Es gratificante para todos los agentes de salud. La salud pública enfrenta desde siempre una situación de crisis, déficit presupuestario, programas que pierden continuidad, deterioro de la planta física, obsolescencia del equipamiento, interrupciones en la provisión de insumos, recurso humano insuficiente, postergaciones en la retribución económica, etc. El modelo MSCF,

por sí solo, no puede corregir esta realidad, pero si ofrece la posibilidad de que los agentes de salud comprometidos con ella se sientan gratificados por el reconocimiento de las familias beneficiadas.

- Principio 10: Posibilita el compromiso y la participación comunitaria. La comunidad ahora informada sobre el modelo MSCF, tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas inherente a su idiosincrasia y cultura.

Eje conceptual 4: Uso de prácticas efectivas y seguras.

- Principio 11: Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia constituyendo la base de la seguridad.
- Principio 12: Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua. El modelo MSCF es un excelente marcador, porque implementa acciones de calidad y promueve barreras para minimizar la ocurrencia de eventos adversos.
- Principio 13: Busca promover intervenciones costo-efectivas, replicables y seguras en una población vulnerable como es la materno-infantil.
- Principio 14: Contribuye el logro de reducir la mortalidad materna e infantil.
- Principio 15: Sus resultados pueden cuantificar el impacto social deseado y modificar los aspectos problemáticos.

Eje conceptual 5: Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia.

- Principio 16: El modelo MSCF es evocativo e incluyente todas las propuestas, como la promoción de la consulta preconcepcional, el acceso a métodos anticonceptivos, garantizar una adecuada atención de los embarazos y partos normales y complicaciones que puedan surgir y poner en riesgo la vida de la madre, el bebe intrauterino o el RN; la prevención de la infección intrahospitalarias; la capacitación en reanimación cardiopulmonar; el uso de tecnología apropiadas y costo-efectivas; la promoción de la lactancia materna; la prevención de la retinopatía del prematuro y jerarquiza la pesquisa de determinantes sociales de impacto desfavorable para su correspondiente abordaje.

## **Acciones a desarrollar en las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia**

a) Control prenatal: Es una intervención indiscutible, de bajo costo, inherente a los derechos de la mujer embarazada y contemplado como prioridad por la legislación vigente y los objetivos de salud materna infantil.

- Acompañante durante el control prenatal: Se ha investigado muy poco acerca del valor de una compañía en otros resultados que no fuera los del parto, por lo que no hay evidencias científicas en este aspecto. El estimular una compañía que la mujer elija, para que permanezca junto a ella durante los procedimientos habituales en el control prenatal, seguramente reduce sus miedos.

- Brindar información específica: Horarios de atención (que deben ser amplios, matutinos y vespertinos), un sistema de turnos programados, de documentación y trámites necesarios como derechos del usuario.

- Salas de espera confortables: implica contar con asientos suficientes, baños para hombres y mujeres en número adecuado y con limpieza frecuente, temperatura ambiente acondicionada, televisores donde se transmitan mensajes de Educación para la Salud y actividades programadas para minimizar la espera.

- Áreas de juego para niños y guardería: muchas mujeres no tienen con quien dejar sus otros hijos y por ese motivo no concurren al control prenatal, o los llevan consigo dificultando su atención.

- Consultorios adecuados: deben ser amplios, no compartidos, con sillas para la mujer y su acompañante. Deben resguardar la privacidad y la dignidad de la mujer. Se debe contar con sanitarios dentro del área de la consulta.

- **Trato amable y respetuoso:** El trato del paciente en forma respetuosa considerado importante para mejorar la calidad de atención como destaca Joffe donde manifiesta que el trato digno y respetuoso fue la variable con mayor asociación a la voluntad de recomendar el hospital<sup>17</sup>. Hay situaciones cotidianas que deben evitarse, no presentarse por el nombre, conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos, no respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras personas. No se debe gritar, se deben respetar las pautas culturales o dificultades idiomáticas. Se debe indagar sobre problemas personales o sentimientos de la mujer.
- **Atención a cargo de Obstétricas:** estas profesionales son las más idóneas para la atención del embarazo normal y están capacitadas para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada.
- **Educación para la Salud:** se debe ofrecer, tanto en la consulta, como en la sala de espera, información acerca de signos de alarma que deben motivar consulta urgente, lactancia materna, procreación responsable, prevención de enfermedades de transmisión sexual, de prevención en violencia familiar, etc.
- **Curso de Preparación Integral para la Maternidad:** todas las embarazadas debieran poder acceder a este curso, por lo que el mismo debe dictarse en horarios razonables y accesibles, con un número no muy elevado de charlas.
- **Hospital de día:** con el fin de concentrar estudios de diagnóstico y/o tratamientos materno- fetales. Las plazas pueden ser camas o sillones confortables, rodeando a una mesa que permita servir comida a las mujeres, ubicadas dentro del servicio de obstetricia, debe haber acceso a sanitarios. No requiere equipamiento especial, pero debe tener asignado personal médico y de enfermería que controle a las embarazadas, retirar sus estudios, etc.

---

<sup>17</sup> Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *J Med Ethics* 2003; 29(2):103-8.

- Apoyo a padres adolescentes: las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por un equipo multidisciplinario.

#### b) Trabajo de parto, parto y recuperación (TPPR)

Se trata de salas de internación individuales que permiten la atención del periodo de dilatación, parto y recuperación en una sola habitación; el parto no debe ser considerado como un acto médico quirúrgico sino como un acontecimiento normal, que admite la presencia de la familia o amigos, seleccionadas por las mujeres para acompañarlas.

La última Revisión, en la que se incluyeron 15 estudios clínicos controlados aleatorizados, analiza los resultados en 12.791 mujeres de países de altos, bajos y medianos ingresos, demostrando que las mujeres que recibieron apoyo durante el parto fueron menos proclives a la analgesia, al parto instrumental o a mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto. El apoyo continuo durante el trabajo de parto debería ser la regla, no la excepción. Se debería permitir y alentar a todas las mujeres a que cuenten con acompañante en todo momento durante el trabajo de parto.

El RN sano debe ser entregado a su madre permitiendo la interacción, contacto piel a piel madre-hijo apenas concluido el parto, idealmente con la presencia del padre. Este contacto precoz favorece el vínculo madre-padre-hijo y el inicio precoz y mantenimiento posterior de la lactancia materna, que debe iniciarse en ese primer momento de vida del niño, con el apoyo necesario del equipo de salud. Evitar maniobras intempestivas en la recepción del RN.

Se recomienda la Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia (MSN, 2004 de DNMI, [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)), esta recomendación se enfatiza porque el instrumento con recomendaciones basadas en la evidencia pretende además la des medicalización del parto normal, concepto al que adherimos como requisito fundamental.



c) Internación conjunta madre-hijo.

La internación para establecer un vínculo-apego adecuado, permite la integración en comunidad con otros binomios para establecer mecanismos de comunicación comprensibles, posibilita las acciones de Educación para la Salud y la implementación de intervenciones como las de promoción de lactancia materna en el marco de Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Deben ofrecer una planta física con ambientación hogareña y con la infraestructura necesaria para garantizar el confort de quienes la utilicen, incluyendo baños y áreas de recepción para la familia.

d) Internación neonatal.

Para la asistencia de RN enfermos se crearon unidades de cuidados intensivos, intermedios, etc. En el programa arquitectónico de los mismos no se tuvo en cuenta a los padres y sus familias, como consecuencia, se convirtieron en barreras a veces infranqueables para el ingreso de los que ahora definimos como verdaderos dueños de casa, corresponde posibilitar el ingreso irrestricto de los padres, posibilitando a la madre el protagonismo principal de una atención individualizada colaborando con los agentes de salud, debe autorizar el ingreso irrestricto de las madres, es decir sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación. Las madres serán entrenadas en las técnicas de lavado de manos al ingreso del servicio. Se les informará de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza. Serán capacitadas para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por gavage, por sonda naso u oro gástrico. Más importante aún, se las estimulará para acariciar a sus hijos, la salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel madre/padre/hijo (COPAP), con el fin de reducir el estrés en la madre y en el RN, estimular la auto-regulación del RN y favorecer la organización emocional materna y familiar. Proponer la disponibilidad dentro de la institución o próxima de una Residencia Hogar para madres, de esta manera poder permanecer junto a sus hijos todo el tiempo que se lo propongan.

## INTERROGANTES

¿Cuáles son los factores que facilitan y obstaculizan a las usuarias del servicio a acceder a la maternidad?

¿Qué determinantes intervienen en la satisfacción de la atención de la madre y cuáles la obstaculizan?

¿Conocen las madres sus derechos de salud mientras son asistidos en el Servicio?

¿Son las madres motivadas por el equipo de salud en relación a las prácticas que promueve el Modelo de MSCF?

¿Las características del Equipo de Salud son determinantes en el logro de los objetivos de la MSCF?

¿Qué componentes intervienen en la satisfacción laboral del equipo de salud?

¿Cuál es la factibilidad de aplicación del Modelo de MSCF?

¿Cuál es la participación del equipo de salud en relación al Modelo de MSCF?

¿Qué percepción tiene el Equipo de Salud del Servicio?

## **OBJETIVO**

Explorar los factores facilitadores y obstaculizadores en el logro de los objetivos establecidos por el Modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia en el Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo" de Santiago del Estero, 2014.

## CAPÍTULO II

# MATERIAL Y MÉTODO

### Población – Muestra:

En el presente estudio se consideraron dos poblaciones, las que están conformadas por:

- a) Mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional “Ramón Carrillo”. Anualmente concurren alrededor de 6660 mujeres y por mes unas 555. Dada la magnitud de la población se trabajó con una muestra intencional de todas las mujeres que concurrieron al servicio cuyos documentos de identificación terminan en número par y que además reunían los siguientes criterios de inclusión, en caso de ausencia no se remplazaran con otra historia clínica.

\* Mujer puérpera (recién parida) internada en el servicio de internación conjunta madre-hijo atendidas en el Hospital Regional “Ramón Carrillo” entre Abril-Mayo del 2014.

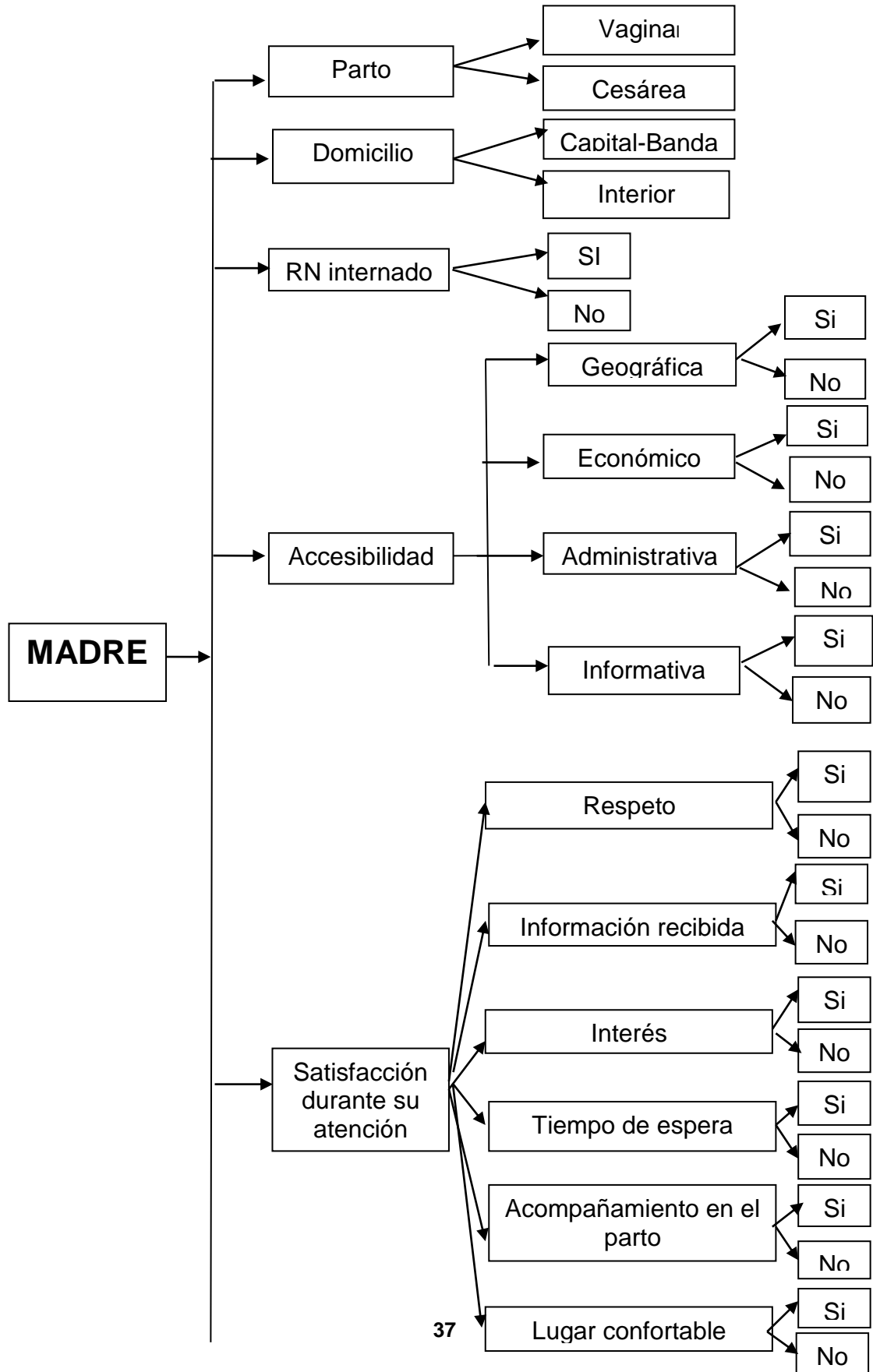
\* Mujer que tenga internado en la unidad de cuidados intensivos neonatal a su hijo en Mayo del 2014.

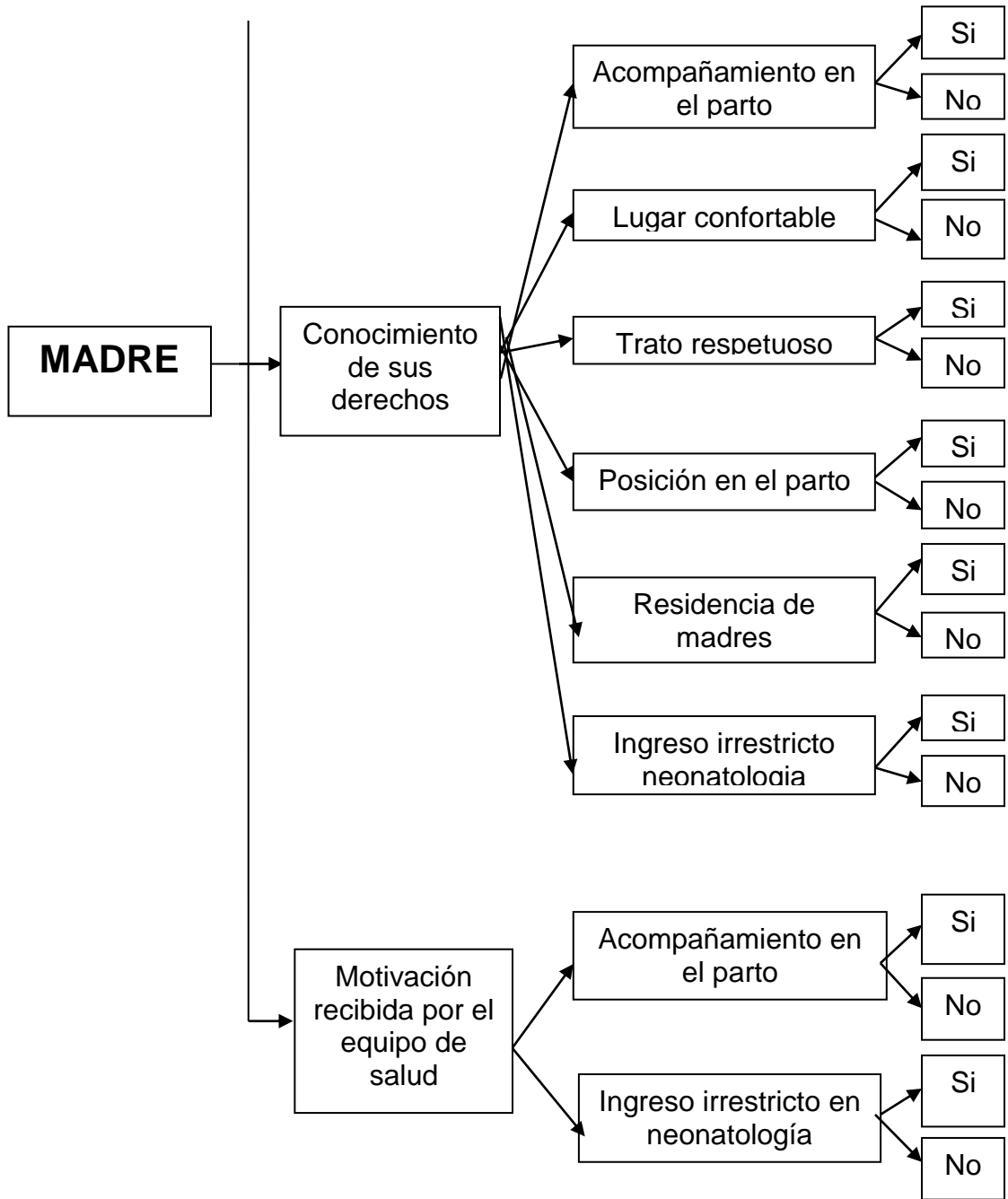
- b) Miembros del equipo de salud del servicio de neonatología y obstetricia del Hospital Regional “Ramón Carrillo”: (médicos, enfermeros, obstétricas, administrativas, personal de maestranza y seguridad). Dada la magnitud de la población (215) se trabajo con todos ellos. Se

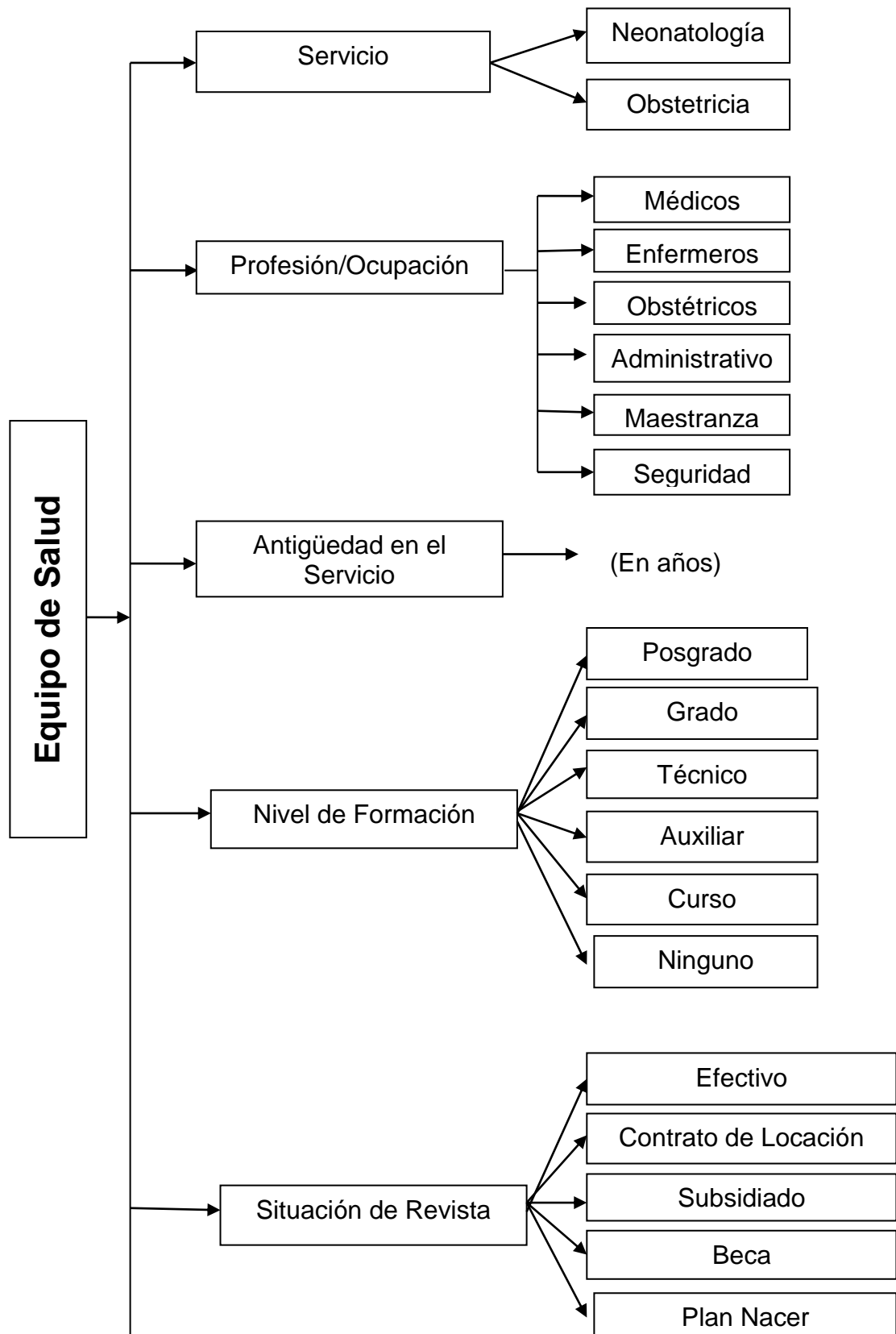
excluyeron solo a los que no aceptaron ser entrevistados o estuvieran de licencia.

**Tipo de investigación:** Estudio exploratorio, descriptivo de tipo cuali-cuantitativo, corte transversal.

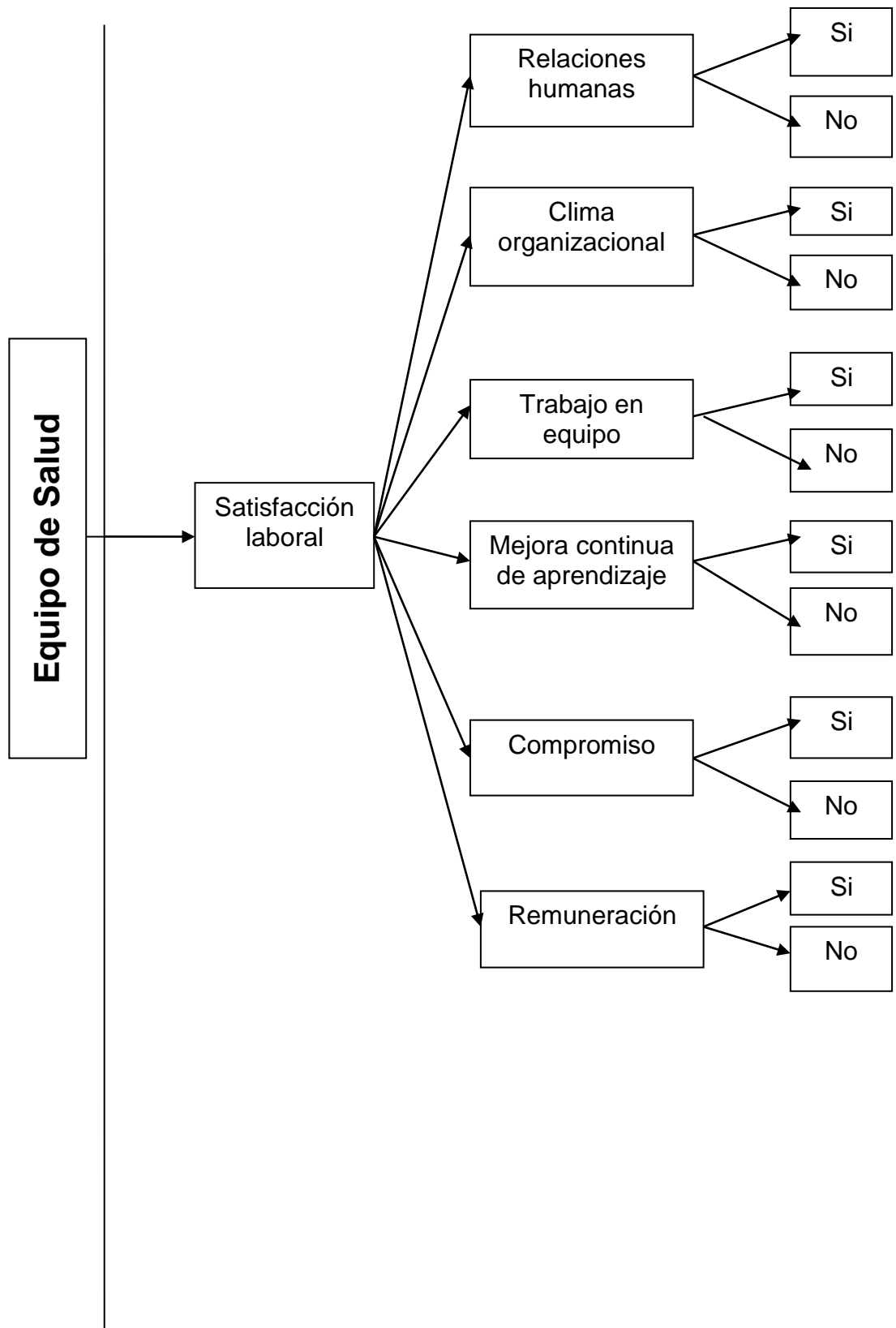
## Identificación de variables

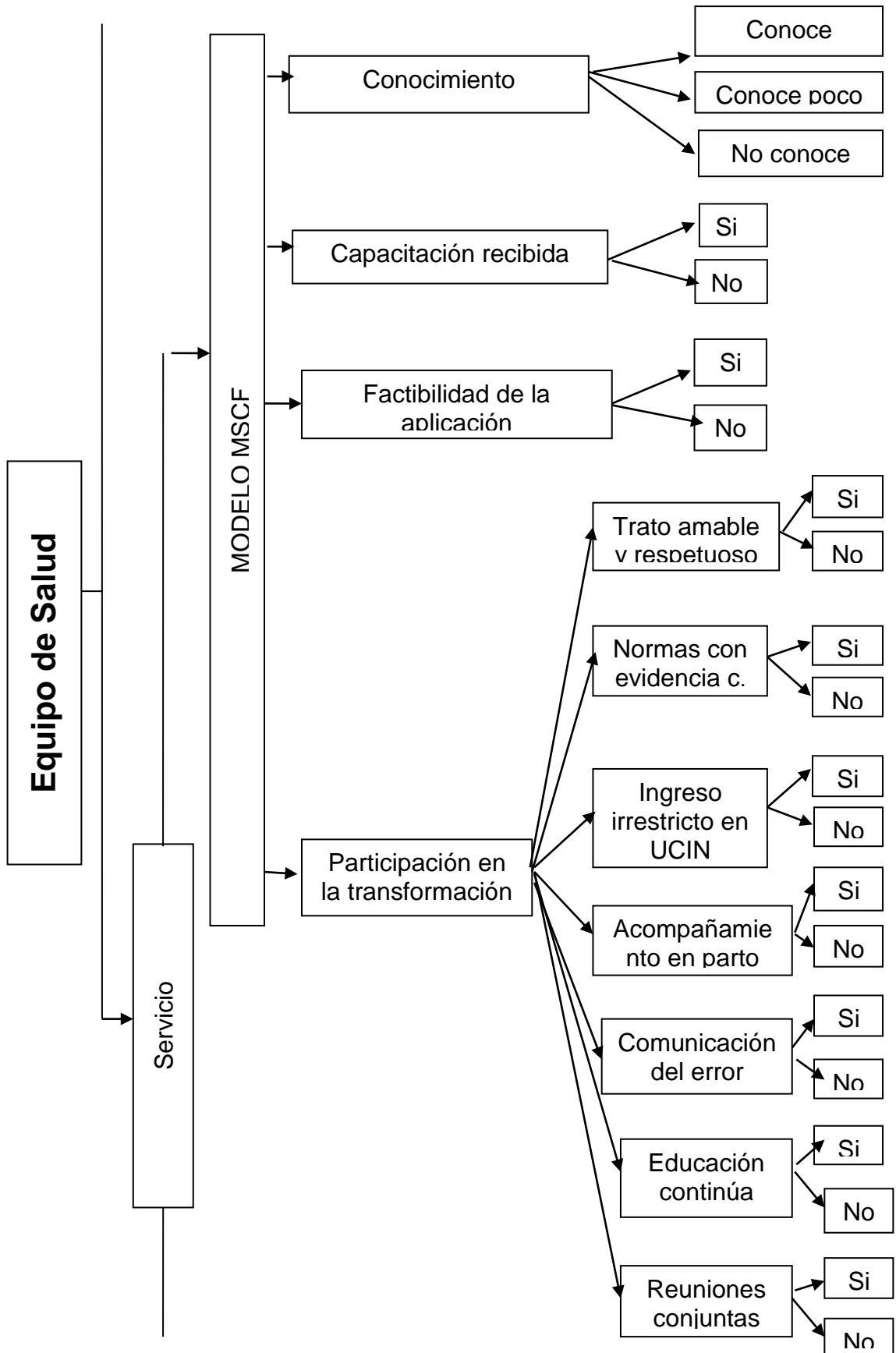


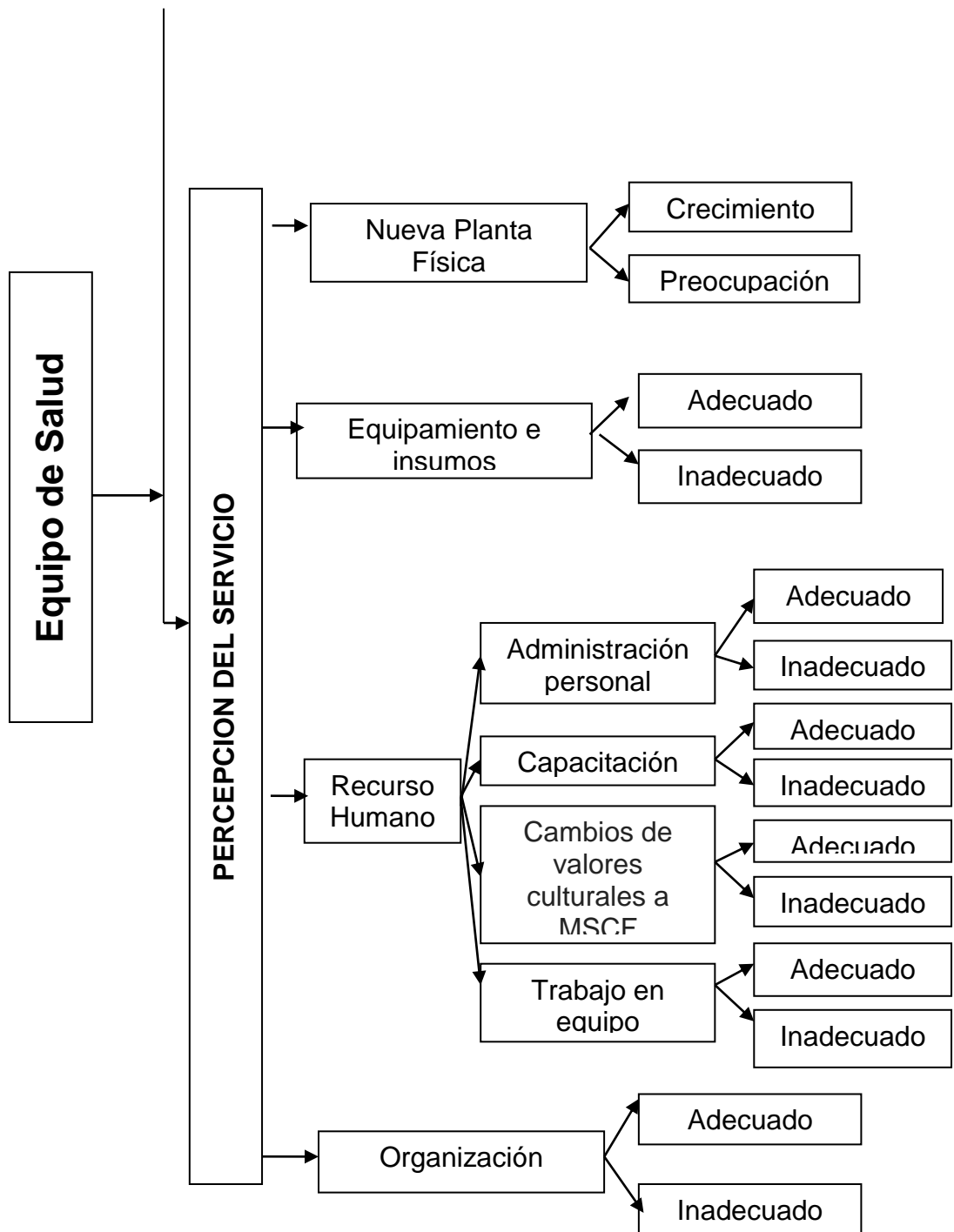












## DEFINICIÓN DE VARIABLES

**Parto:** Es la terminación de un embarazo y el nacimiento de un bebe que puede ser vaginal forma natural en que nacen los bebes o por cesárea mediante una incisión quirúrgica abdominal.

**Domicilio:** Es donde reside la mujer que para este trabajo hace referencia en zona Capital-Banda principal aglomerado urbano o zona interior o sea resto de los departamentos de la provincia.

**RN internado:** Hace referencia a si su hijo recién nacido fue o no internado en neonatología.

**Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene la madre de acceder a un servicio de salud para el control prenatal. Se divide en: geográfico: posibilidad de acceder al servicio en relación a la distancia, caminos, transportes; económico: se refiere en disponer de medios para su traslado; administrativas: hace referencia a los horarios de atención o la disponibilidad de los turnos; e informativa: hace referencia a la disponibilidad de tener información del control prenatal (donde, cuando y como realizarlo).

**Satisfacción de la atención:** Sentimiento de bienestar por parte de la usuaria del servicio en relación a la atención brindada por el equipo de salud. Abarcará el respeto durante su atención; la comunicación brindada por el equipo de salud; demostración de interés en su atención del equipo de salud; el tiempo de espera para su atención; acompañamiento en la sala de parto y el confort de la sala de estar.

**Conocimiento de los derechos de la madre/niño y familia:** Saber sus derechos de estar acompañada durante su trabajo de parto, ingreso irrestricto en neonatología, ser tratada con respecto y cordialidad, estar en un lugar confortable y limpio, elegir la posición que le resulte cómoda durante el trabajo de parto y del alojamiento en la residencia para madres en situaciones de vulnerabilidad social o de tener un hijo internado en neonatología.

**Motivación recibida por el equipo de salud:** Hace referencia a la estimulación recibida por el equipo de salud en relación a su acompañamiento durante el trabajo de parto y en el cuidado de su RN internado con permanencia a su lado todo el tiempo.

**Servicio:** Lugar al que pertenece de neonatología o de obstetricia.

**Profesión/Ocupación:** Tipo de formación alcanzado y o actividad desempeñada: Médicos, enfermeras, obstétricas, administrativo, personal de maestranza y seguridad.

**Antigüedad en el Servicio:** Es el tiempo en años que lleva trabajando en un lugar.

**Nivel de Formación:** Rango alcanzado en su formación: Posgrado, grado técnico, auxiliar, curso o ninguno.

**Situación de Revista:** Hace referencia a las condiciones laborales en la que está trabajando el equipo de salud: efectivo, contrato de locación, subsidio, beca o plan nacer

**Satisfacción Laboral:** Hace referencia a la conformidad del personal respecto al entorno de trabajo: relaciones humanas, clima organizacional, trabajo en equipo, mejora continua de aprendizaje, compromiso y remuneración.

**Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia:** Conocimiento de MSCF refiere a estimular, respetar y proteger los derechos de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido; a la promoción de la participación de los padres, la familia y comunidad en su atención y de brindar una atención segura y de calidad, enfocado en la prevención del error, orientado en las buenas prácticas e intervenciones basadas en la evidencia científica; este trabajo considera que: 2 o más característica identificadas refiere a que "conoce el modelo MSCF", una sola característica a que "conoce poco" y ninguna característica a "no conoce". Capacitación sobre MSCF: hace referencia a si recibió o no capacitación y se determinara factores que lo llevo capacitarse y cuáles no. Factibilidad en la aplicación del modelo MSCF en su servicio, se determinará factores facilitadores y obstaculizadores en la factibilidad de la aplicación. Y si su servicio participa o no en la transformación a MSCF en adoptar conductas sustentadas en el respeto de los derechos humanos, trabajar con normas de atención con evidencia científica y actualizadas, en el ingreso irrestricto de los padres al servicio de neonatología, su permanencia y participación continua activa en el cuidado de sus hijo, del acompañante en el trabajo de parto, comunicación acerca del error con respuesta no punitiva, las actividades de educación continua para todo el equipo de salud y reuniones clínicas conjuntas entre obstetricia y neonatología.

**Percepción del servicio:** Impresión o sensación que tiene el equipo de salud respecto a la nueva planta física, al equipamiento e insumos, al recurso humano y a la organización del servicio.

En este trabajo comprende la percepción de crecimiento de la nueva planta física como factor facilitador y percepción de preocupación de la nueva planta física como factor obstaculizador. En relación al equipamiento e insumos y a la organización del servicio se considera adecuado a lo apropiado o lo que se adapta a las necesidades del servicio e inadecuado a lo inconveniente o impropio siendo estos factores facilitadores y obstaculizadores respectivamente. En lo que respecta al recurso humano abarca la administración del personal (redistribución del personal en el servicio); la capacitación o desarrollo del personal (toda actividad realizada que responda a

sus necesidades del Servicio, mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal); cambios de valores culturales de MSFC que refiere al respeto de los derechos de la mujer embarazada, madre y del niño como el acompañamiento al consultorio o sala de parto, trato respetuoso, posición durante el trabajo de parto, residencia para madres, ingreso irrestricto en neonatología, etc., y trabajo en equipo considero adecuado como factor facilitador e inadecuado como factor obstaculizador en cada uno de los casos.

**Técnica e instrumento de recolección de datos:** Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes técnicas:

- a) Entrevista a las madres utilizando como instrumento el cuestionario (anexo 1).
  
- b) Entrevista al Equipo de Salud utilizando como instrumento el cuestionario (anexo 2).



### CAPÍTULO III

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos recogidos son presentados en las siguientes tablas y figuras

**TABLA N° 1:** "Distribución de las mujeres puérperas según tipo de accesibilidad"  
(F: Entrevistas a las madres HRRC - 2014)

ACCESIBILIDAD	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Geográfica	263	83	54	17	317	100
Económica	243	76,7	74	23,3	317	100
Administrativa	190	59,9	127	40,1	317	100
Informativa	300	94,6	17	5,4	317	100

En la tabla N° 1 se presenta los datos según el tipo de accesibilidad que tienen las mujeres puérperas al centro de atención de salud para el control de su embarazo. Del total de las entrevistadas, se despliega una importante concentración de respuestas en la categoría accesibilidad informativa (94,6%), seguida en forma decreciente por la geográfica (83%), la económica (76,7%) y la administrativa (59,9%).

Se identifican como factores facilitadores para el control prenatal en orden decreciente a la accesibilidad informativa, geográfica, económica y administrativa, respectivamente. Si bien la provincia de Santiago del Estero es de gran superficie con amplias extensiones rurales, la accesibilidad geográfica como la económica no fue impedimento para los controles, las mujeres refieren

que lo hacían en centros de atención primaria de salud u hospital cerca a su domicilio, y que en caso de tener que trasladarse para realizarlos en otra jurisdicción la disponibilidad de dinero para costear este traslado, no fue un limitante para acceder al sistema. En este sentido expresan “de donde sea saco dinero”, así también se pudo valorar la importancia que le dan al control prenatal y a su adecuada información.

Si bien se interpreta que la accesibilidad en sus distintas categorías no se comporta como un factor obstaculizador, las entrevistadas refirieron al momento de aplicarse el instrumento que deberían ampliarse los horarios de atención tanto matutinos como vespertinos con un sistema de turnos programados como derechos del usuario.

**TABLA N° 2:** “Distribución de las mujeres puérperas según tipo de satisfacción durante su atención”  
 (F: Entrevistas a las madres HRRC - 2014)

SATISFACCION DURANTE SU ATENCION	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Respeto	230	72,6	87	27,4	317	100
Información recibida	266	83,9	51	16,1	317	100
Interés	267	84,2	50	15,8	317	100
Tiempo de espera	120	37,9	197	62,1	317	100
Acompañamiento	34	17	166	83	200	100
Lugar confortable	237	74,8	80	25,2	317	100

En la tabla N° 2 se muestra el tipo de satisfacción que tienen las mujeres durante su atención en la maternidad del Hospital Regional “DR. Ramón Carrillo”. En este sentido, se presentan en orden decreciente y satisfactoria el interés demostrado por el equipo de salud (84,2%), la información recibida (83,9%), el lugar confortable mientras espera ser atendida (74,8%), y por

último, el respeto demostrado por parte el equipo de salud (72,6%). Sin embargo, no demuestran satisfacción las siguientes categorías, el tiempo de espera para su atención que superaba los veinte minutos (37,9%), y en un total de 200 casos de parto por vía vaginal (ver tabla complementaria N° 1), solo el 17% de las mujeres fueron acompañadas por la pareja o algún familiar en la sala de parto.

Es interesante destacar “el trato digno y respetuoso” fue la variable con mayor asociación a la voluntad de recomendar el hospital- y UNICEF – “la amabilidad en el trato y el respeto por la intimidad” son también señales como cuestiones relevantes para un adecuado control del embarazo; en el presente estudio la percepción de las mujeres en relación al interés demostrado y el trato de la paciente en forma respetuosa por el equipo de salud, se comporta como factor facilitador en el mejoramiento de la calidad de atención. Así también la información y comunicación crearía una buena relación entre padres y equipo de salud. En cuanto a la participación de la pareja o la familia durante el parto promoviendo su ayuda y colaboración en la satisfacción de las necesidades de la mujer, es significativamente menor al igual que el tiempo de espera para su atención; estas categorías obrarían como factores obstaculizadores en el logro de mejorar la calidad de atención.

**TABLA N° 3:** “Distribución de las mujeres puérperas según tipo de conocimiento sobre sus derechos”  
 (F: Entrevistas a las madres HRRC - 2014)

CONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Acompañamiento en el parto	175	55,2	142	44,8	317	100
Lugar confortable	165	52,1	152	47,9	317	100
Trato respetuoso	299	94,3	18	5,7	317	100
Posición en el parto	97	30,6	220	69,4	317	100
Residencia de madres	161	50,8	156	49,2	317	100
Ingreso irrestricto neonatología	74	23,3	243	76,7	317	100

Se puede mostrar en la tabla N° 3 que en general las entrevistadas tienen conocimiento sobre los derechos que poseen la madre/niño y familia. Así las categorías se ubican de la siguiente manera: trato respetuoso y cordial (94,3%) seguida por el derecho al del acompañamiento en la sala de parto (55,2%), en tercer lugar, la posibilidad de estar en una sala confortable (52,1%) y, por último, la disponibilidad de una residencia para las madres si su situación fuera de vulnerabilidad social cuando realiza el control prenatal o bien si su hijo estuviera internado en neonatología (50.8%). En menor proporción se ubican el derecho de elegir la posición durante su trabajo de parto (30,6%) y el derecho del ingreso irrestricto al servicio de neonatología para el cuidado del RN (23,3%).

Se puede observar que conocer el derecho a ser tratado con respeto se comporta fuertemente como un factor facilitador y se lo puede vincular con la satisfacción que sienten las entrevistadas por el respeto demostrado en el momento de su atención (Tabla 2). Sin embargo, el derecho a elegir la posición del parto es el menos reconocido, lo que podría deberse a que son acciones nuevas, no conocidas, nunca antes realizadas por el equipo de salud y por lo tanto no se encuentran incorporadas a la rutina diaria. Esta actividad que es fuertemente recomendada al equipo de salud la de adoptar comportamientos y prácticas sustentadas en respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de pre-parto y parto, por ejemplo, incentivando a la madre para que esté acompañada en este momento y que elija la posición que le resulte cómoda, actuaría como facilitador para la implementación del modelo.

Otras de las intervenciones más importantes relacionadas con la asistencia neonatal en el marco del modelo MSCF consiste en permitir el ingreso irrestricto a neonatología, en este aspecto se debería trabajar para poder contribuir en la calidad de atención y disminuir la morbilidad neonatal, puesto que el 76,7 % de las mujeres desconocen este derecho.

**TABLA N° 4: “Distribución de las mujeres puérperas según motivación recibida por el equipo de salud”**  
(F: Entrevistas a las madres HRRC - 2014)

MOTIVACION RECIBIDA POR EL EQUIPO DE SALUD	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Acompañamiento en el parto	54	26,6	149	73,3	<b>200</b>	<b>100</b>
Ingreso irrestricto neonatología	5	9,4	48	90,5	<b>53</b>	<b>100</b>

La tabla N° 4 refleja los tipos de motivaciones que reciben las usuarias del servicio por parte del equipo de salud una vez internadas. El acompañamiento en la sala de parto solo es permitido a las mujeres que tuvieron sus hijos por vía vaginal, lo que arroja un total de 200 casos. En cambio, esto no sucede con las mujeres que tuvieron sus hijos por cesárea (117) (ANEXO 3: Tabla complementaria N° 1). Por otro lado, el ingreso irrestricto en neonatología con participación activa en el cuidado de su hijo es solo para aquellas mujeres cuyos hijos recién nacidos se encuentran internados (53) (ANEXO 3: Tabla complementaria N° 2). Se observa que en el primer caso el 73,3% del total de mujeres no fueron motivadas para que sean acompañadas en la sala de parto. Mientras que el segundo, refleja que el 90,55% de las mujeres no fueron motivadas para que tuvieran ingreso irrestricto con participación activa en el cuidado de su hijo; el resto del universo está en internación conjunta madre-hijo.

El acompañamiento en la sala de parto y el ingreso irrestricto en neonatología, son unos de los pilares que sustentan este modelo de atención. El incumplimiento por parte del equipo de salud podría deberse al desconocimiento del modelo MSCF, de los Derechos Humanos y de una política de salud que avale dicha cultura organizacional con un modelo de consentimiento informado para una solicitud de atención respetuosa en el parto y el nacimiento a presentar en la institución y a los profesionales actuantes, y de los Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, Ley 25929 vigente desde el 21 de noviembre de 2004.

**TABLA N° 5:** “Distribución del equipo de salud según nivel de formación y servicio de salud”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

NIVEL DE FORMACION	SERVICIO DE SALUD					
	NEONATOLOGIA		OBSTETRICIA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
posgrado	14	6,5%	26	12,1%	40	18,6%
Grado	26	12,1%	21	9,8%	47	21,9%
Técnico	1	0,5%	6	2,8%	7	3,3%
Auxiliar	56	26,0%	36	16,7%	92	42,8%
Curso	0	0,0%	6	2,8%	6	2,8%
Ninguno	11	5,1%	12	5,6%	23	10,7%
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>50,2%</b>	<b>107</b>	<b>49,8%</b>	<b>215</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 18,09

gl: 5

p: 0,003

La tabla n° 5 muestra la distribución del equipo de salud según su nivel de formación en los servicios de neonatología y obstetricia. Si bien la cantidad de personal (215) distribuida en los servicios de Neonatología como de Obstetricia son similares, 108 y 107 respectivamente, el nivel de formación que se destaca en general es el de Enfermero Auxiliar (92 casos) distribuidos en ambos servicios (56 y 36 casos respectivamente) (ANEXO 3: Tabla complementaria N° 3); le sigue 47 casos con formación profesional de grado, de los cuales 26 pertenecen al servicio de Neonatología y 21 al de Obstetricia (ANEXO 3: Tabla complementaria N° 4) y por último, es el servicio de Obstetricia el que posee más profesionales con formación de posgrado (26 casos) mientras que el de Neonatología registra solo 14.

Las variables demuestran asociación significativa entre sí (p= 0,003).

Una organización sanitaria debe estar dotada de elementos tangibles de calidad con un factor humano competente; en este estudio, destacamos la importancia de incrementar el nivel de formación del recurso humano mediante estrategias innovadoras de formación y educación continua, que alcancen a

todo el recurso humano del área. Si se aumentara el nivel de formación del personal, sobre todo el de neonatología, sería posible disminuir días de estadía y riesgos con la consecuente reducción de los costos de internación al considerarse que las intervenciones seguras producen un impacto positivo sobre la morbi mortalidad, la incapacidad y las complicaciones en los pacientes lo que podría determinar la garantía de calidad del cuidado.

**TABLA N° 6:** "Distribución del equipo de salud según situación de revista y servicio de salud"  
 (F: Entrevistas equipo de salud HRRC - 2014)

SITUACION DE REVISTA	SERVICIO DE SALUD					
	NEONATOLOGIA		OBSTETRICIA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Efectivo	67	31,2	77	35,8	144	67,0
Contrato de locación	27	12,6	23	10,7	50	23,3
Subsidio	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Beca	11	5,1	2	0,9	13	6,0
Plan Nacer	2	0,9	5	2,3	7	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>50,2</b>	<b>107</b>	<b>49,8</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

$\chi^2$ : 9,52

gl: 4

p: 0,049

De los 144 casos efectivos, 77 pertenecen al servicio de Obstetricia y 67 al de Neonatología. Le sigue en orden decreciente la situación Contrato de locación con 50 casos, los que se distribuyen 27 en el servicio de Neonatología y 23 en el de Obstetricia; luego 13 casos con Beca, de los cuales 11 pertenecen al servicio de Neonatología y 2 al de Obstetricia; en cuarto lugar se encuentran los incluidos en Plan Nacer con 7 casos (5 en el servicio de obstetricia y 2 en el de neonatología), y por último, se encuentra solo un personal con subsidio y pertenece al servicio de Neonatología.

Las variables demuestran asociación significativa entre sí ( $p= 0,049$ ).

La satisfacción del Equipo de salud con respecto a su situación de revista es una motivación importante entre sus miembros para implementar el modelo. Si bien más de la mitad se encuentran efectivos, fortalecer este factor sería determinante en el logro de los objetivos de MSCF y clave para la eficaz implementación del modelo.

**TABLA N° 7:** "Distribución del equipo de salud según antigüedad de servicio y servicio de salud al que pertenece"  
 (F: Entrevistas equipo de salud HRRHRC - 2014)

ANTIGÜEDAD DE SERVICIO	SERVICIO DE SALUD					
	NEONATOLOGIA		OBSTETRICIA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
1 – 4 años	46	21,4	31	14,4	77	35,8
5 - 9 años	27	12,5	35	16,3	62	28,8
10 - 14 años	6	2,8	18	8,4	24	11,2
15 - 19 años	6	2,8	7	3,2	13	6
20 - 24 años	2	0,9	4	1,9	6	2,8
25 -29 años	6	2,8	4	1,9	10	4,7
30 - 36 años	15	7	8	3,7	23	10,7
TOTAL	108	50,2	107	49,8	215	100

$X^2: 50,02$

gl: 30

$p: 0,012$

Los datos que arrojan la tabla N° 7 revela, en orden decreciente, que en el primer rango (1 – 4 años de antigüedad en el servicio) se encuentran 77 casos del total del personal de salud discriminados en 46 en Neonatología y 31 en Obstetricia. Posteriormente y con una antigüedad entre 5 - 9 años, son 62 casos de los cuales 35 pertenecen al servicio de obstetricia y 27 al servicio de neonatología. En tercer lugar y con una antigüedad entre 10 – 14 años, 24 son los casos que comprenden este rango (18 en el servicio de obstetricia y 6 en el de neonatología). Posteriormente, el rango de 30 – 36 años de antigüedad en



el servicio tiene 23 casos de los cuales 15 son del de neonatología y 8 del de obstetricia. En quinto lugar, es el rango de 15 – 19 años de antigüedad donde se encuentran 13 casos (6 de Neonatología y 7 de Obstetricia); luego le sigue el rango de 25 – 29 años de antigüedad con 10 casos (6 de Neonatología y 4 de Obstetricia). Por último, son 6 casos los que se encuentran en el rango de 20 – 24 años de antigüedad (2 en Neonatología y 4 en Obstetricia).

Se obtuvo asociación significativa entre estas variables ( $p= 0,012$ ).

En esta misma línea, el estudio efectuado por la Dra. Linda Aiken (2003: 1617-1623) demostró que al aumentar en un 10% la cantidad de enfermeras/os disminuye proporcionalmente un 5% la probabilidad de mortalidad en los pacientes, esto justificaría la necesidad de contar con una proporción mayor de profesionales siendo esta característica determinante en el logro de los objetivos de MSCF.

**TABLA N° 8:** “Distribución del equipo de salud según conocimiento de MSCF y servicio de salud al que pertenece”  
 (F: Entrevistas equipo de salud HRRC - 2014)

CONOCIMIENTO DE MSCF	SERVICIO DE SALUD					
	NEONATOLOGIA		OBSTETRICIA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
CONOCE	9	4,2	21	9,8	30	14,0
CONOCE POCO	19	8,8	10	4,7	29	13,5
NO CONOCE	80	37,2	76	35,3	156	72,6
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>50,2</b>	<b>107</b>	<b>49,8</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

$X^2: 7,69$

gl: 2

$p: 0,021$

En esta tabla los datos revelan el conocimiento que tiene el equipo de salud sobre MSCF. Se observa que el 72,6% no conoce de MSCF. Este total

se distribuye de la siguiente manera: el 37,2% pertenece al servicio de neonatología y el 35,3% al de obstetricia. Similar situación refleja la dimensión “poco conocimiento” con el 13,5%, de los cuales el 8,8% pertenece al servicio de neonatología y el 4,7% al de obstetricia. Con respecto al personal que si conocen de MSCF (14%), la situación es a la inversa, se concentran más casos en el servicio de obstetricia (9,8%) con respecto a neonatología (4,2%).

Se obtuvo asociación significativa entre estas variables ( $p= 0,021$ ).

El conocimiento inadecuado e insuficiente del equipo de salud podría actuar como una barrera para la implementación de las acciones o actividades necesarias para la concreción de los objetivos del modelo MSCF. Se destaca que los miembros del equipo de salud del Servicio de Obstetricia son los que manifiestan conocer más sobre lo que significa MSCF.

**TABLA N° 9:** “Distribución del equipo de salud según profesión y conocimiento de MSCF  
 (F: Entrevista al equipo de salud HRRC - 2014)

PROFESION	CONOCIMIENTO DE MSCF							
	SI		POCO		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Medico	6	2,8	6	2,8	30	14,0	42	19,5
Enfermero	13	6,0	17	7,9	89	41,4	119	55,3
Obstétrico	11	5,1	5	2,3	9	4,2	25	11,6
Administrativo	0	0,0	0	0,0	3	1,4	3	1,4
Maestranza	0	0,0	1	0,5	12	5,6	13	6,0
Seguridad	0	0,0	0	0,0	13	6,0	13	6,0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>14,0</b>	<b>29</b>	<b>13,5</b>	<b>156</b>	<b>72,6</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2$ : 31,4

gl: 10

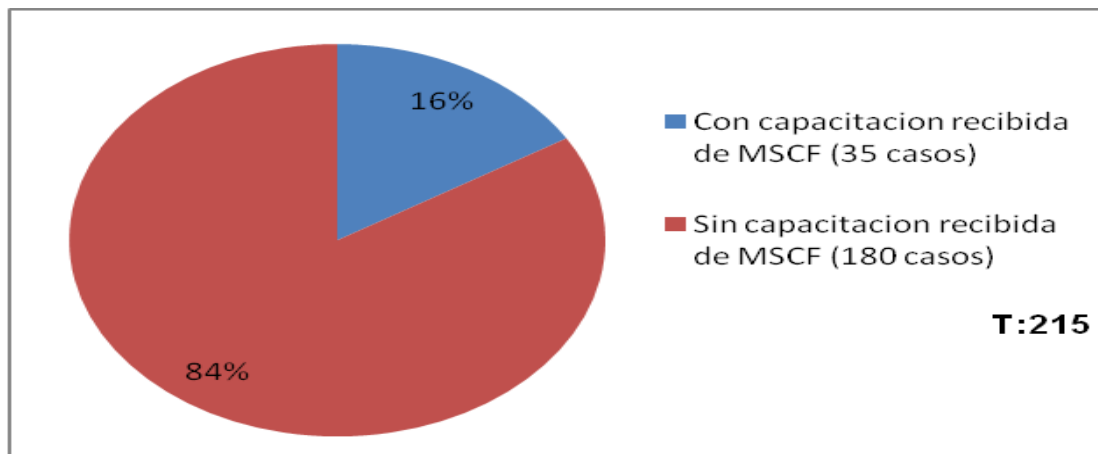
p: 0,001

Los datos de la tabla n° 9 revela el conocimiento de MSCF que tiene el equipo de salud según su profesión. Se observa que la mayoría de los médicos (30 de 42 casos totales), enfermeros (89 de 119 casos totales), casi el total del personal de maestranza (12) y de seguridad (13) desconoce lo que significa MSCF. En cambio, 11 de los 25 casos en los obstétricos, sí tienen conocimiento de dicho término (11 de 25 casos totales).

Las variables demuestran asociación significativa entre sí ( $p= 0,001$ ).

Según la tabla N° 8 los miembros del equipo de salud que pertenecen al servicio de obstetricia, son los que tienen mayor conocimiento de MSCF (21), y es el profesional obstétrico -según la tabla n° 9-, el de mayor conocimiento (11) del término. Este profesional actuaría como un factor facilitador para el logro de los objetivos de MSCF.

**GRAFICO N° 1:** "Distribución del equipo de salud según capacitación recibida de MSCF"  
(F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)



Mo: Sin capacitación recibida de MSCF

El gráfico N° 1 revela que la mayoría del equipo de salud (84%) no recibió capacitación de MSCF.

**TABLA N° 10:** “Distribución del equipo de salud sin capacitación de MSCF según causas”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

CAUSAS	f	%
Falta de información	143	79,4
Falta de tiempo	28	15,5
Desinterés	9	5
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Mo: Falta de información

Se puede observar en la tabla precedente que la principal causa por la que el equipo de salud que no recibió capacitación sobre MSCF, fue la falta de información de dicha capacitación (79,4%).

**TABLA N° 11:** “Distribución del equipo de salud según satisfacción laboral”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

SATISFACCION LABORAL	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Relaciones humanas	102	47,4	113	52,6	<b>215</b>	<b>100</b>
Clima organizacional	53	24,7	162	75,3	<b>215</b>	<b>100</b>
Trabajo en equipo	67	31,2	148	68,8	<b>215</b>	<b>100</b>
Mejora continua de aprendizaje	92	42,8	123	57,2	<b>215</b>	<b>100</b>
Compromiso	81	37,7	134	62,3	<b>215</b>	<b>100</b>
Remuneración	21	9,8	194	90,2	<b>215</b>	<b>100</b>

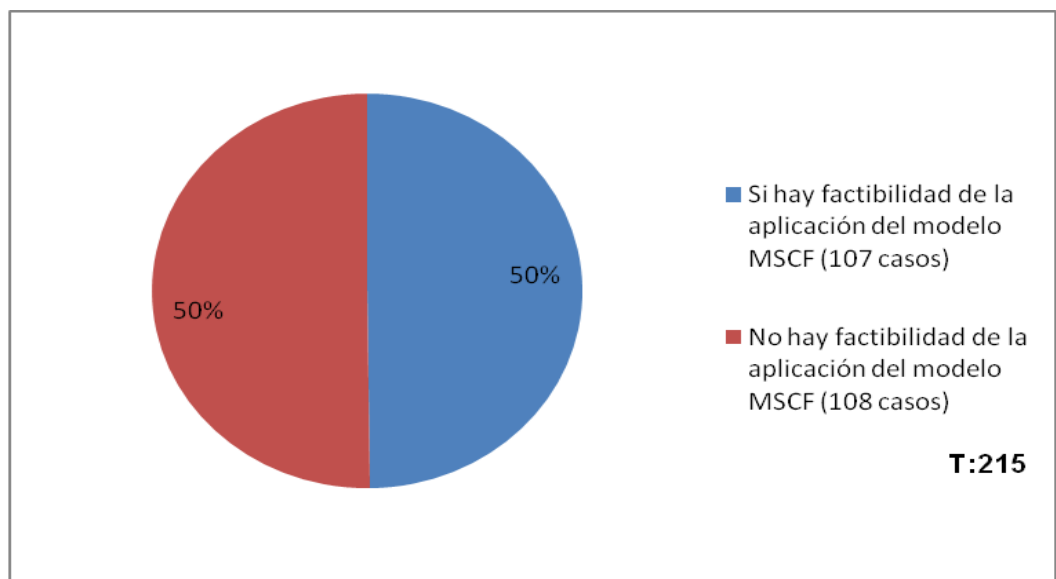
Mo: NO

La tabla N° 11 muestra la distribución del personal del equipo de salud según tipo de satisfacción laboral. Se observa que en todos los casos se destaca la No satisfacción laboral según el siguiente orden decreciente: por la

remuneración que reciben (90,2%), con el clima organizacional (75,3%), con el trabajo en equipo (68,8%), con el compromiso (62,3%), mejora continua al aprendizaje (57,2%), y, por último, con las relaciones humanas (52,6%).

Frente a esta realidad del equipo de salud, se hace necesario conocer sus sentimientos, valores, comportamientos ya que el cambio ocurre a través de las personas y es importante identificar estos aspectos que podrían despertar sentimientos negativos, lo que provocaría que el equipo de salud no se identifique o no tenga confianza con la institución constituyendo un obstáculo para la implementación del modelo MSCF.

**GRAFICO N° 2:** "Distribución del equipo de salud según factibilidad en la aplicación del modelo MSCF"  
(F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)



En el gráfico precedente se observa que el 50% del equipo de salud refiere que es factible la aplicación del modelo MSCF.

**TABLA N° 12:** "Distribución del equipo de salud según factores facilitadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF"  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

FACTORES FACILITADORES PARA LA FACTIBILIDAD EN LA APLICACIÓN DEL MODELO MSCF	f	%
Visión futura de mejorar	49	45,7
Si hubiera política de salud que consolide y avale el modelo	12	11,2
Servicio con la infraestructura y recursos materiales necesarios	9	8,4
Hay compromiso y trabajo en equipo	17	15,9
Si hubiera capacitación, sensibilización	14	13,1
Si hubiera buena remuneración	6	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

M: Visión futura de mejorar

La tabla N° 12 refleja como principal factor facilitador para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF la visión futura de mejorar, (cambiar, hay voluntad, predisposición, interés de conocer y aplicar el modelo MSCF) (45,7%)

**TABLA N° 13:** "Distribución del equipo de salud según servicio de salud y factores facilitadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF"  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

SERVICIO DE SALUD	FACTORES FACILITADORES PARA LA FACTIBILIDAD EN LA APLICACIÓN DEL MODELO MSCF						TOTAL
	1*	2*	3*	4*	5*	6*	
NEONATOLOGIA	33	6	3	7	3	2	54
OBSTETRICIA	16	6	6	10	11	4	53
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>107</b>

$\chi^2$ : 12,65

gl: 5

p: 0,027

1 Visión futura de mejorar. 2 Si hubiera política de salud que consolide y avale el modelo. 3 el servicio cuenta con la infraestructura y recursos material. 4 Hay compromiso y trabajo en equipo. 5 si hubiera capacitación, sensibilización  
 6 si hubiera buena remuneración

La tabla n° 13 refleja los factores facilitadores en relación a la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF (107) según opinión de los profesionales del servicio de salud al que pertenece. Se observa que la mayoría de los profesionales del servicio de neonatología opinaron que tienen visión futura de mejorar (33) y solo 16 casos del servicio de obstetricia (53) coincidieron al respecto.

Las variables demuestran asociación significativa entre sí ( $p= 0,027$ ).

La influencia social es uno de los factores a considerar al momento de implementar las acciones para transformar a una MSCF. La influencia que ejerce los distintos actores de neonatología podría favorecer positivamente.

**TABLA N° 14:** “Distribución del equipo de salud según factores Obstaculizadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

<b>FACTORES OBSTACULIZADORES PARA LA FACTIBILIDAD EN LA APLICACIÓN DEL MODELO MSCF</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
RRHH insuficiente	9	8,3
No sé qué significa MSCF	74	68,5
No hay política de salud que avale MSCF	7	6,5
Falta de infraestructura	5	4,6
Falta de sensibilización	13	12
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

M: No sé qué significa MSCF

Esta tabla refleja como factor obstaculizador para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF el desconocimiento de lo que significa MSCF con un 68,5%.

**TABLA N° 15:** “Distribución del equipo de salud según nivel de formación y factores obstaculizadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

NIVEL DE FORMAC.	FACTORES OBSTACULIZADORES PARA LA FACTIBILIDAD EN LA APLICACIÓN DEL MODELO MSCF					
	No sé qué significa MSCF	No hay política de salud	Falta de infraestructura	Falta de sensibilización	RRHH insuficiente	TOTAL
	f	f	f	f	f	f
Posgrado	9	5	2	2	5	18
Grado	8	1	1	2	1	12
Técnico	0	0	0	1	0	3
Auxiliar	40	3	2	6	3	54
Curso	5	0	0	1	0	6
Ninguno	12	0	0	1	0	15
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>108</b>

X<sup>2</sup>: 39,67

gl: 20

p: 0,005

La tabla n° 15 refleja los factores obstaculizadores para la factibilidad en la aplicación del modelo MSCF según el nivel de formación del equipo de salud. El 70% no saben lo que significa MSCF, correspondiendo el nivel auxiliar (40 casos de 54 totales), le sigue los que no tienen ningún nivel de formación (12 casos de 15 totales), luego los de formación de grado (8 casos de 12 totales) y por último los que realizaron algún curso (5 casos de 6 totales). A diferencia solo la mitad con un nivel de formación posgrado (9 casos de 18) opinaron lo mismo.

Las variables demuestran asociación significativa entre sí (p= 0,005).

El conocimiento inadecuado e insuficiente sobre el significado e importancia de MSCF que tiene el equipo de salud actuaría como una barrera



para la implementación de las acciones o actividades necesarias para la concreción de cada paso hacia una MSCF.

**TABLA N° 16:** “Distribución del equipo de salud según participación en la transformación de MSCF”  
 (F: Encuestas al equipo de salud HRRC - 2014)

PARTICIPACION EN LA TRANSFORMACION A MSCF	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Trato amable y respetuoso	91	42,3	124	57,7	215	100
Normas de atención	91	42,3	124	57,7	215	100
Ingreso irrestricto en neonatología	30	28	95	88	108	100
Acompañamiento en el parto	56	28,1	143	71,8	199	100
Comunicación acerca del error	46	21,4	169	78,6	215	100
Educación continua	65	30,2	150	69,8	215	100
Reunión obstetricia y neonatología	23	10,7	192	89,3	215	100

Mo: NO

En la tabla N° 16 se puede observar la participación que tiene el equipo de salud en la transformación de MSCF. Los datos arrojados son en orden decreciente los siguientes: trato amable y respetuoso y trabajar con normas de atención le corresponden el 42,3% a cada uno; educación continua el 30,2%; permitir el acompañamiento en el parto (sobre un total de 199 miembros que si realizan esta tarea en ambos servicios) el 28,1% y el ingreso irrestricto de los padres al servicio de neonatología (sobre 108 casos totales pertenecientes solo al servicio de neonatología) el 28%; en la comunicación acerca del error con respuesta no punitiva (21,4%) y participar en reuniones conjuntas de obstetricia y neonatología (10,7%).

Es poca la participación en la transformación de MSCF, esto podría deberse a la falta de capacitación (ver tabla N° 10) y a la falta de conocimiento del significado e importancia del modelo de MSCF (ver tabla 8).

**TABLA N° 17:** “Distribución del equipo de salud según profesión y participación en la transformación de la MSCF en trabajar con norma de atención”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

PROFESION	PARTICIPACION EN LA TRANSFORMACION DE LA MSCF EN TRABAJAR CON NORMAS DE ATENCION					
	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Médicos	20	9,3	22	10,2	42	19,5
Enfermeras	49	22,8	70	32,6	119	55,3
Obstétricos	14	6,5	11	5,1	25	11,6
Administrativos	1	0,5	2	0,9	3	1,4
Maestranza	7	3,3	6	2,8	13	6,0
Seguridad	0	0,0	13	6,0	13	6,0
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>42,3</b>	<b>124</b>	<b>57,7</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2$ : 12,8

gl: 5

p: 0,025

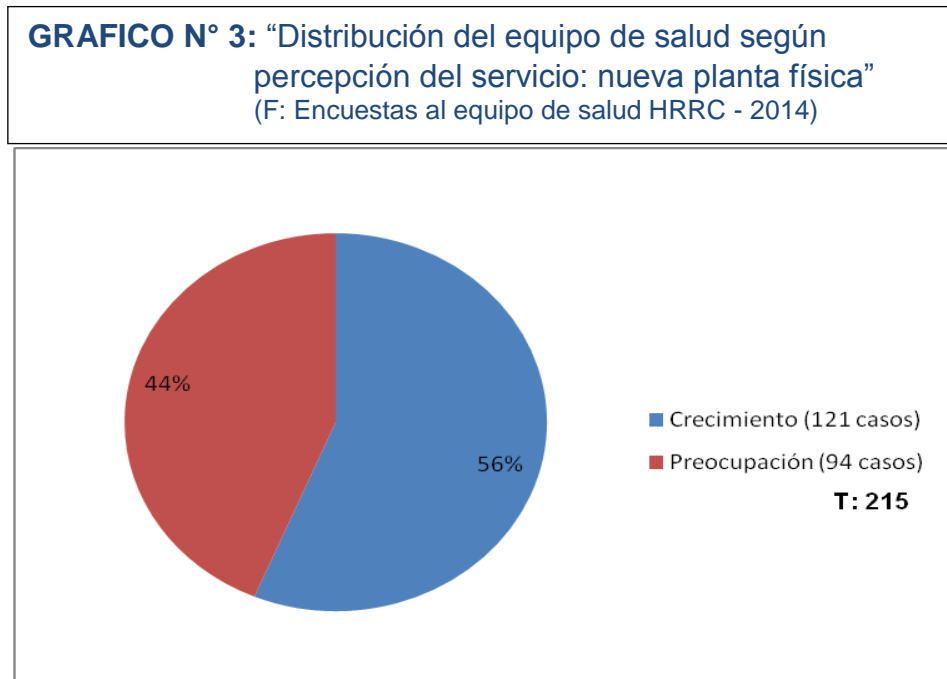
La tabla n° 17 refleja la participación de los profesionales en la transformación de MSCF trabajando con normas de atención. Se observa que, de los 42 médicos, 22 no aplican normas de atención y solo 20 si aplican normas de atención; de los 119 enfermeros 70 casos no trabajan con normas de atención y 49 casos si las aplican. En este sentido el total del personal de seguridad tampoco trabaja con normas de atención (13). En caso de los obstétricos (25 casos totales) solo 14 miembros si cumplen con las normas de atención y 11 casos que no las cumplen. Con respecto al personal de maestranza (13 casos totales) 7 casos si trabajan con normas de atención y 6 no las aplican.

Las variables demuestran asociación significativa entre sí ( $p= 0,025$ ).

El equipo de salud cuenta con un conjunto de habilidades y competencias esenciales, como el de trabajar con normas de atención,

prácticas efectivas y seguras. La falta de estas habilidades o competencias sobre todo de enfermería que tiene que ver con la seguridad del paciente, y en el personal de seguridad, que hace a la calidad de atención con respecto a los derechos de los pacientes, constituyan una barrera para la implementación del modelo.

Con respecto a la percepción del servicio que hace el equipo de salud, se obtuvo los siguientes resultados:



Mo: Crecimiento

En el gráfico N° 3 revela la percepción de crecimiento (56,3%) y de preocupación (43,7%) que tiene el equipo de salud con respecto a la nueva planta física.

**TABLA N° 18:** “Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: crecimiento con respecto a la nueva planta física”  
(F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

<b>PERCEPCION: CRECIMIENTO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Mejora para el paciente y equipo de salud	65	53,7
Mayor espacio físico y equipamiento nuevo	56	46,3
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Mo: Mejora para el paciente y equipo de salud

Tal como lo muestra la tabla N° 18, al indagar sobre la percepción que tiene el equipo de salud respecto a la nueva planta física, en particular el sentimiento de crecimiento que despierta tener una nueva maternidad (121), más de la mitad (53,7%) contestaron que ello provocaría una mejora para el paciente y al equipo de salud, y el 46,3% respondieron que el crecimiento implica un mayor espacio físico y equipamiento nuevo.

El contexto y la disponibilidad de recursos son factores esenciales para la implementación del modelo. En este sentido, con la creación de la Residencia de madres y la nueva Maternidad (sector de internación neonatal y salas de parto, parto y recuperación) respetando los requisitos arquitectónicos que posibilite la participación de los padres y sus familias, se comportaría como un factor facilitador para la implementación del modelo MSCF.

**TABLA N° 19:** "Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: preocupación con respecto a la planta física"  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

<b>PERCEPCION: PREOCUPACION</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Falta de sensibilización	21	22,3
Insatisfacción en la gestión	11	11,7
Insumos inadecuados e insuficientes	8	8,5
RRHH insuficiente	46	48,9
No mejora de la remuneración	8	8,5
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

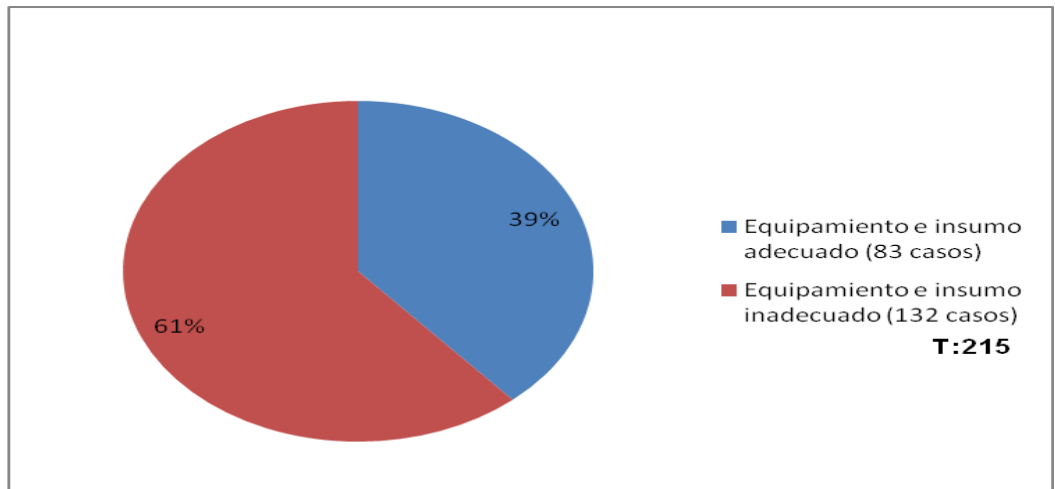
Mo: RRHH insuficiente

La tabla N° 19 muestra que de los miembros del equipo de salud que manifestaron preocupación respecto a la nueva planta física (grafico N° 3), el 48,9% perciben que el RRHH es insuficiente, en orden decreciente le sigue con el 22,3% la falta de sensibilización, el 11,7% la insatisfacción en la gestión, el 8,5% respectivamente perciben que los insumos son inadecuados e insuficientes, así como la no mejora de la remuneración.

Tal como lo señala el eje conceptual 3, principio 8 del modelo de MSCF: La promoción de la participación y la colaboración de los padres, de empoderar a la familia tiene beneficios agregados, como el permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, promoviendo su permanencia continua y su participación activa en el cuidado de sus hijos, ahorrando horas de enfermería neonatal, que es un recurso humano insuficiente en número, asumiendo tareas como la alimentación a su RN y liberando a las enfermeras de estas tareas para ocuparse más eficientemente de asistir a los pacientes críticos, además de otros beneficios que hacen a la calidad de atención. También estimular la participación de la pareja o la familia en la satisfacción de las necesidades de la mujer durante el parto, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración. Es decir un ítem en continuar trabajando en la

sensibilización del equipo de salud a pesar de una realidad a nivel Nacional del recurso humano insuficiente

**GRAFICO N° 4:** “Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: equipamiento e insumo”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)



Mo: Equipamiento e insumo inadecuada

Se observa que el equipamiento e insumo del servicio, 83 miembros los consideran adecuados y 132 inadecuados.

**TABLA N° 20:** “Distribución del equipo de salud según percepción del servicio equipamiento e insumo adecuado”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

<b>PERCEPCION: INSUMO Y EQUIPAMIENTO ADECUADO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Buena gestión	46	55,4
Buen mantenimiento	8	9,6
Hay recursos económicos	29	34,9
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

Mo: Buena gestión

En la tabla precedente se puede observar que de los miembros del equipo de salud que manifestaron que el equipamiento e insumo es adecuado (grafico N° 4), 46 personas opinaron que se debe a buena gestión (55,4%), 29 porque hay recursos económicos (34,9%) y 8 por buen mantenimiento (9,6%).

**TABLA N° 21:** "Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: equipamiento e insumo inadecuado"  
(F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

<b>PERCEPCION: INSUMO Y EQUIPAMIENTO INADECUADO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Insatisfacción por la gestión	61	46,2
Insatisfacción por el mantenimiento	39	29,5
Falta de recursos económicos	32	24,2
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Mo: Insatisfacción por la gestión

En esta tabla en cambio se observa que los miembros del equipo de salud que manifestaron insumo y equipamiento inadecuado (grafico N° 4), 61 opinaron insatisfacción por la gestión (46,2%), 39 insatisfacción por el mantenimiento (29,5%) y 32 opinaron por falta de recursos económicos (24,2%).

Cabe destacar que la diferencia con respecto a la Tabla n° 20 está la insatisfacción por el mantenimiento de los insumos y equipamiento del servicio, además de la insatisfacción por la gestión y falta de recursos económicos.

**TABLA N° 22:** “Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: recurso humano”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

RECURSO HUMANO	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Administración del personal	65	30,2	150	69,8	<b>215</b>	100
Capacitación del personal	64	29,8	151	70,2	<b>215</b>	100
Cambios de valores culturales a MSCF	72	33,5	143	66,5	<b>215</b>	100
Trabajo en equipo	65	30,2	150	69,8	<b>215</b>	100

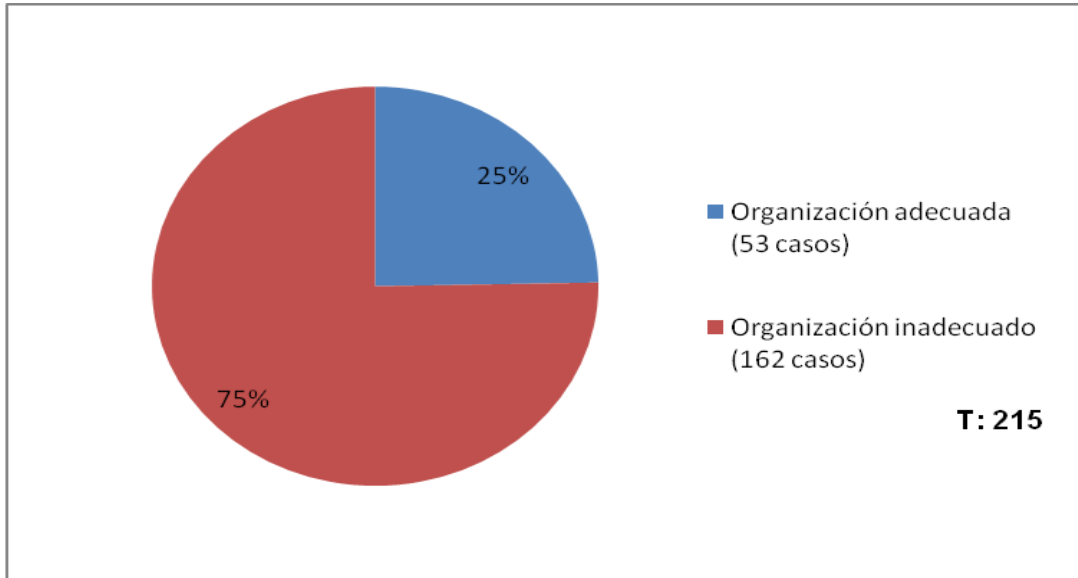
Mo: Inadecuado

La tabla N° 21 muestra que más de la mitad del equipo de salud perciben como inadecuado el RRHH. Esto es en orden decreciente, en relación a: capacitación del personal (70,2%), trabajo en equipo y administración del personal (69,8%) respectivamente y cambios en valores culturales hacia una MSCF (66,5%).

La mayoría del personal demuestra insatisfacción por la gestión del recurso humano, expresando que la capacitación es inadecuada, que hay carencias de trabajo grupal y déficit en el cambio de una cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el recién nacido; a ello se le suman los datos recabados en las guías de evaluación del servicio del Hospital Regional donde el recurso humano es el que menor ítem cumplidos tiene: en neonatología el 32,6% y/o limitantes como en el servicio de maternidad; fundamenta el problema que hacen a la calidad de un servicio. Deberían tener una visión estratégica de la importancia del recurso humano ya que depende del mejoramiento de la eficiencia institucional.



**GRAFICO N° 5:** “Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: organización”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)



Mo: Organización inadecuada

El grafico N° 5 muestra la opinión del personal respecto a la organización del servicio, expresando que el 75% (162) la consideran inadecuada y para el 25% restante (53 casos) es adecuada.

**TABLA N°23:** “Distribución del equipo de salud según percepción del servicio: organización inadecuada”  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

PERCEPCION DEL SERVICIO ORGANIZACIÓN INADECUADO	f	%
Sin compromiso del equipo de salud	58	35,8
Insatisfacción por la gestión	33	20,4
Insatisfacción por la remuneración	12	7,4
RRHH insuficiente	38	23,5
Irregularidades de actividades	21	13
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

Mo: Sin compromiso del equipo de salud

A fin de conocer los factores que influyen en la inadecuada organización del servicio según la mayor opinión del equipo de salud (grafico N° 5), se obtuvo las siguientes respuestas: en orden decreciente manifestaron que el 35,8% es porque no hay compromiso del equipo de salud, el 23,5% por el RRHH insuficiente, el 20,4% la insatisfacción por la gestión, el 13% por las irregularidades de las actividades y el 7,3% la insatisfacción por la remuneración del personal.

La motivación de los miembros del equipo para implementar el modelo es un factor clave para su efectiva implementación. Profesionales desmotivados y sin interés en la iniciativa se transformará en una barrera, como en la inadecuada organización del servicio por el déficit en el compromiso del equipo de salud; por el contrario, profesionales altamente motivados constituyen un importante factor facilitador. Debería implementar una estrategia de cambio destinada a fortalecer la motivación del equipo de salud.

## CONCLUSIONES

En base al análisis e interpretación de los datos recogidos para el logro de los objetivos establecidos por el modelo MSCF en el Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo" de la provincia de Santiago del Estero, se identificó como **factores facilitadores:**

Mujeres Puérperas:

- *Accesibilidad* a un centro de salud para el control prenatal en sus diferentes categorías: informativa, manifiestan conocer sobre la importancia del control prenatal -donde, cuando y como hacerlo-; geográfica, proximidad a centros de atención primaria de salud u hospital cercano; y económica, posibilidad de conseguir medios para trasladarse y cumplir con el control de su embarazo.
- *Atención recibida por parte del equipo de salud:* Satisfacción en relación al interés y respeto demostrado, información recibida y comunicación creando una buena relación entre padres y equipo de salud. Así también, la espera en un lugar confortable.
- *Derechos:* Conocimiento de ser tratadas con respeto.

#### Equipo de Salud:

- Incorporación de personal nuevo en la Maternidad en los últimos 4 años.
- El profesional obstétrico es el que más conoce sobre MSCF, su significado e importancia.
- *La factibilidad en la aplicación del modelo MSCF*, la mayoría de los profesionales del servicio de neonatología opinaron que tienen visión futura de mejorar, de cambiar, hay predisposición o interés de conocer y aplicar el modelo.
- *El contexto y la disponibilidad de recursos* con respecto a la nueva maternidad a estrenar, provocaría mejora para el paciente y el equipo de salud e implicaría mayor espacio físico y equipamiento nuevo.

#### Factores obstaculizadores:

##### Mujeres puérperas:

- *Accesibilidad administrativa* al centro de salud para el control prenatal donde las entrevistadas refirieron al momento de aplicarse el instrumento que deberían ampliarse los horarios de atención tanto matutinos como vespertinos con un sistema de turnos programados, para evitar largo tiempo de espera para su atención, como derechos del usuario.
- *Atención recibida por parte del equipo de salud*: insatisfacción por no estar acompañadas por la pareja o algún familiar en la sala de parto y por el tiempo de espera mayor a 20 minutos.

- *Los derechos menos reconocidos* son el ingreso irrestricto en neonatología y elegir la posición que le resulte cómoda durante su trabajo de parto.

#### Equipo de Salud:

- *Insuficiente conocimiento sobre MSCF* y por ende de los derechos humanos.
- *Situación de revista:* una importante cantidad de profesionales tienen beca o contrato de locación.
- *Nivel de formación:* la mayoría son enfermeros auxiliares, el personal administrativo y de seguridad no tienen ningún tipo de capacitación sobre MSCF.
- *Insatisfacción laboral, provocados por* la remuneración, el clima organizacional, el trabajo en equipo, el compromiso, la mejora continua al aprendizaje y las relaciones humanas.
- *Poca participación en la transformación a MSCF,* el equipo de salud está desmotivado y sin interés en la iniciativa, como en el trato amable y respetuoso, en la educación continua, en permitir el acompañamiento en el parto, en participar en el ingreso irrestricto en neonatología, en la comunicación acerca del error y en la participación de reuniones conjuntas entre obstetricia y neonatología. Cabe destacar que la mayoría de los enfermeros y el personal de seguridad no trabajan con normas de atención.
- *Percepción del servicio con respecto al RRHH:* es insuficiente e inadecuado en cada uno de los aspectos: capacitación del personal, trabajo en equipo, administración del personal y cambios en valores culturales a MSCF.

- *Percepción del servicio con respecto al insumo y equipamiento: es inadecuado podría deberse a "la insatisfacción por la gestión y mantenimiento".*
- *Percepción del servicio con respecto a la organización y funcionamiento: es inadecuado podría deberse "a la falta de compromiso del equipo de salud, al RRHH insuficiente, a la insatisfacción por la gestión, a irregularidades de las actividades y por último a la insatisfacción por la remuneración del personal".*

La presente investigación caracteriza la situación de la maternidad con respecto a los factores facilitadores y obstaculizadores de donde surgen las siguientes sugerencias:

- **Garantizar el acceso administrativo** o sea facilitar la asistencia al control prenatal en los diferentes niveles de complejidad, **con turnos programados, en horarios amplios tanto matutinos como vespertinos, en ambientes agradables y confortables** como derechos del usuario promoviendo satisfacción a las mujeres en el tiempo de espera para su atención prenatal así lograremos mejorar la calidad de atención y aumentar la cobertura de salud.
- Lograr una política de salud que avale dicha cultura organizacional con un modelo de **consentimiento informado** de las mujeres acerca de sus Derechos durante el proceso de nacimiento y/o durante la internación del recién nacido **a presentar en la institución y a los profesionales actuantes** (Ley 25929).
- Continuar con los **talleres de capacitación sobre el modelo MSCF hasta que alcance al total del personal, e inclusión de los altos funcionarios de las maternidades**, ya que el éxito de las actividades dirigidas a desarrollar una MSCF, depende de cada una

de las personas comprometidas, de la capacidad de convocatoria que se logre, del grado de responsabilidad con que se acoja y de la sensibilidad humana que se le imprima.

- Realizar entrenamiento específico para **trabajar con normas de atención sobre MSCF** en el uso de prácticas efectivas y seguras, sobre todo a los **enfermeros** que deben adoptar prácticas vinculadas con la seguridad del paciente y, al **personal de seguridad**, nuevos actores sociales a incorporar y que hacen a la calidad de atención. Una organización sanitaria debe estar dotada de elementos tangibles de calidad con un factor humano competente
- Se destaca la importancia de **incrementar el nivel de formación del recurso humano** mediante estrategias innovadoras de formación y educación continua y **la motivación con respecto a su situación de revista** para una mejor remuneración y derechos del trabajador. Una organización sanitaria debe estar dotada de elementos tangibles de calidad con un factor humano satisfecho.
- Con respecto a la **promoción de los derechos de la madre, del niño y la familia** se debería trabajar aún más para reclamarlos como un derecho inherente a todas las personas. Si bien las mujeres manifiestan en general tener conocimiento de sus derechos, deberían reclamarlo, logrando que las relaciones entre las autoridades de la institución, el equipo de salud, los padres y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.
- El RRHH insuficiente es una realidad en nuestra provincia así como también en el resto del país, no sería un impedimento ya que el modelo MSCF estimula la participación de la pareja o la familia en la satisfacción de las necesidades de la mujer durante el parto, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración, como así también el permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, promoviendo su permanencia continua y su

participación activa en el cuidado de sus hijos, ahorraría horas de enfermería, por ejemplo asumiendo tareas como la alimentación a su RN y liberando a las enfermeras de estas tareas para ocuparse más eficientemente a asistir a los pacientes críticos y así **mejorar la calidad de atención con la participación de la familia para ayudar y trabajar armoniosamente a esta problemática del RRHH insuficiente.**

- Que esta investigación se realice en otras maternidades. Además de las variables utilizadas se tenga en cuenta **valorar la visión por parte de las autoridades de la institución y de los jefes de servicios involucrados**, esta acción expresaría la adhesión y el compromiso de las autoridades con el modelo MSCF y su decisión de iniciar el cambio.



## BIBLIOGRAFIA

ASAPER, Primera Guía Argentina de Perinatología, Organización de un Centro Perinatólogo, Tomo II, Asociación Argentina de Perinatología, 1996.

Actualización en Perinatología (1) 1-1991.52

Barrionuevo L, Esandi ME. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en Argentina. Enviado para su publicación a Archivos Argentinos de Pediatría, febrero 2009.

Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia" (Página web del Ministerio de Salud en [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar), ir a Programa Materno Infantil y a Publicaciones)

Gupta JK, Nikodem VC. La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

Kennel, J.H. y M. H. Klaus. "Paradigma perinatal. ¿Ha llegado el momento de cambiarlo?", Clínicas de Perinatología 1988, (4), pp. 827-841.

Larguía, A. M. "Proyecto Maternidades Centradas en la Familia", Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2000. 19, Nº 4, pp. 177-195.

Larguía, A. M. La asistencia neonatológica en la Argentina. Realidades y propuestas. Programa de Actualización Neonatológica. Editorial Medica Panamericana, 2009, noveno ciclo, modulo 3. 119-140.

Larguía, A. M., Lomuto, C., González, M. A., Naddeo, S., Tortosa, G., Andina, E., Otheguy, L., Aspres, N., Waisman, M. "Programa Maternidad Centrada en la Familia (MCF) Segunda Etapa (2003). Propuestas para el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá", Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2003, 22, Nº 2, pp. 74-81.

Larguía, A. M., Lomuto, C., Tortosa, G., Naddeo, S., González, M. A., "Detección de interferencias y evaluación cuali-cuantitativa de actividades para transformar el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá en Maternidad centrada en la familia", Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2003, 22, Nº 2, pp. 53-873.

Larguía, A. M., et al.: "Proyecto maternidades centradas en la familia", Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2000. 19, pp. 177-89.

Larguía M, Lomuto C, Gonzalez MA. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades Centradas en la Familia. Fundación Neonatológica para el Recién nacido y su familia, Ed. FUN, Buenos Aires. 2006, programas materno-infantiles/publicaciones.

Larguía AM, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pientrantonio E, Bianculi P, Ortiz Z, Cucul A, Esandi ME. Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación de modelo. 2º edición, Argentina. 2012.

Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Robyn B. Cheung, Douglas M. Sloane, Jeffrey H. Silver. "Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality" JAMA, 2003 sep 24 290(12); 1617-1623.

Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención de parto normal en maternidades centrada en la familia. 2005.

Martínez JC. Atención individualizada de RN pretérmino. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1993; 12: 46-9.

Miller MR, Zhan C. Pediatric patient safety in hospitals: a national picture in 2000. Pediatrics. 2004; 113(6): 1741–1746.

OMS. El nacimiento no es una enfermedad", Declaración de Fortaleza, Brasil 1985. Lancet 1985 ,8452-II, 456-7

OPS/OMS. "El Modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudios de buenas prácticas". 2008; Buenos Aires. [www.ops.org.ar](http://www.ops.org.ar), publicaciones, n° 63.

Organización Mundial de la Salud: Diez datos sobre seguridad del paciente. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/) (ultimo acceso 30-oct-09).

Ortiz, Z et al. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes. 1º edición. Buenos Aires: salud Investiga 2007.

Ortiz, Z. La seguridad del paciente como centro de atención. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Junio, 2005. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial10.pdf> (último acceso 30-oct-09)

Paul Sharek et al. Adverse Events in the neonatal Intensive care Unit: Development, Testing and Findings of an NICU-Focused Trigger Toll to identify harm in North American NICUs. Pediatrics 2006; 118:1132-1340.

Resolución 348/2003 las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, Bs. As., 21/5/2003

Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la salud. 10 datos sobre la seguridad del paciente. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/) (último acceso 30-oct-09).

Villar J, Carroli G, Khan Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud reproductiva, Número 8, 2005. Oxford: Updat Software Ltd.

Weingart SN; Wilson RMcL; Gibberd R; Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000; 320: 774-7

Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse events and preventable adverse events in children. Pediatrics 2005; 115: 155-160.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1 "Entrevista para madres"**

### **Cuestionario sobre Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF).**

Consigna: Se realizará esta entrevista con el propósito de conocer las opiniones que tienen acerca de "MSCF". Para ello solicitamos sea tan amable de contestar unas preguntas, sus respuestas serán confidenciales y anónimas. La información que nos proporcionen es muy importante para tomar decisiones. Gracias.

#### **1. Parto**

Vaginal  Cesárea

#### **2. Domicilio**

Capital-Banda  Interior

#### **3. RN internado en neonatología**

Si  No

#### **4. Accesibilidad al Centro de Salud.**

Factores que influyen o han influido en la atención de su embarazo

- Geográfico: (Distancia, caminos, transporte)  
Si  No
- Económicos: (Falta de dinero para trasladarse)  
Si  No
- Administrativos: (pérdida de tiempo por demoras, no haber turno).  
Si  No
- Información: (Sabía donde controlarse su embarazo, para que controlarse)  
Si  No

#### **5. Satisfacción durante su atención**

- a) ¿Se sintió respetada por el equipo de salud con palabras, gestos y actitudes dirigidas hacia usted?  
Si  No
- b) ¿Se sintió conforme con el equipo de salud en la forma de brindar información?  
Si  No
- c) ¿El equipo de salud mostro interés en su control de embarazo?  
Si  No

- d) ¿El tiempo de espera para su atención fue menos de 20 min?  
Si  No
- e) ¿Usted estuvo acompañada con alguien durante su parto?  
Si  No
- f) La sala de estar ¿es confortable mientras espera ser atendida?  
Si  No

## 6. Conocimiento de los derechos de la madre/niño y familia

- a) ¿Sabe que puede estar acompañada durante todo su trabajo de parto?  
Si  No
- g) ¿Sabe que tiene derecho de esperar en una sala confortable y limpia o sea acondicionada con sillas suficientes, música ambiental o televisor, fuente de agua fría, perchas, cuadros, carteles y con baño inclusive para persona minusválida?  
Si  No
- b) ¿Sabe que tiene derecho a un trato amable y respetuoso?  
Si  No
- c) ¿Sabe que tiene derecho a elegir la posición que le resulte cómoda durante el trabajo de parto?  
Si  No
- d) ¿Sabe que tiene derecho de un alojamiento en el hospital con comodidades si su situación fuera de vulnerabilidad social o si su hijo estuviera internado en neonatología?  
Si  No
- e) ¿Sabe que tiene derecho de cuidar a su bebé y estar a su lado todo el tiempo si estuviera internado?  
Si  No

## 7. Motivación por el equipo de salud

- a) ¿Fue estimulada por el equipo de salud para que estuviera acompañada durante el trabajo de parto?  
Si  No
- b) ¿Fue incentivada por el equipo de salud para que participe en el cuidado del bebé y de su permanencia constante?  
Si  No

## ANEXO 2: "Encuesta al Equipo de Salud"

### Cuestionario sobre Maternidades Seguras y Centradas en le Familia (MSCF).

Consigna: Se realizará esta encuesta con el propósito de conocer las opiniones que tienen acerca de la iniciativa de "MSCF". Para ello solicitamos sea tan amable de contestar unas preguntas, sus respuestas serán confidenciales y anónimas. La información que nos proporciona es muy importante para tomar decisiones. Gracias.

**Servicio:** Neonatología  Obstetricia

**Profesión/Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Nivel de formación:**

Postgrado  Grado  Técnico  Auxiliar  Curso

**Situación de revista:**

Efectivo  Contrato de locación  Subsidio  Beca  Plan Nacer

**Antigüedad en el servicio:** \_\_\_\_\_

1. **Satisfacción laboral** marque con si/no en cada una de las opciones:

- |                                   |                             |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Las relaciones humanas          | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Clima Organizacional            | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Trabajo en equipo               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Mejora continua de aprendizaje. | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Compromiso                      | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Remuneración                    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

2. Puede nombrar a lo que hace referencia el modelo MSCF.

3. Recibió **capacitación de MSCF**

Si  No

Si es Si: nombre un factor que la llevo a capacitarse sobre MSCF

Si es No: Nombre un factor por lo que no se capacito sobre MSCF

4. ¿Ud. cree que es **factible la aplicación a MSCF** en su servicio?

Si  No

Si es Si: nombre 1 factor que facilita la aplicación a MSCF:

Si es no: Nombre 1 factor que obstaculiza la aplicación a MSCF:



5. ¿Su servicio **participa en la transformación de "MSCF"**?

- a) Adoptar conductas sustentadas en el respeto de los derechos humanos.
- b) Trabajar con normas de atención con evidencia científica y actualizadas
- c) En el ingreso irrestricto de los padres al servicio de neonatología, su permanencia y participación en el cuidado de sus hijos.
- d) Del acompañante en el trabajo de parto.
- e) Comunicación acerca del error con respuesta no punitiva.
- f) Las actividades de educación continua para todo el equipo de salud.
- g) Reuniones clínicas conjuntas entre obstetricia y neonatología.

6. **Percepción del servicio.** Marque con una cruz su opinión respecta:

**Planta Física:** ¿Qué sentimiento le despierta tener una nueva Maternidad?

Crecimiento  Porque:

Preocupación  Porque:

**Equipamiento e insumos** Adecuado

Inadecuado

Si marca Adecuado: nombre 1 factor que facilita el adecuado equipamiento

Si marca Inadecuado: Nombre 1 factor que obstaculiza el adecuado equipamiento

**Recurso Humano**

Adecuado

Inadecuado

A. Administración del personal.

B. Capacitación personal.

C. Cambios en valores culturales hacia una MSCF.

D. Trabajo en equipo.

**Organización:** Adecuada

Inadecuada

Si marca Adecuado nombre un factor que facilite la adecuada organización

Si marca Inadecuado nombre un factor que obstaculiza la adecuada organización

## ANEXO 3 Tablas Complementarias

**TABLA N° 1: "Distribución de las encuestadas según parto"**

(F: Encuestas a las madres HRRC - 2014)

<b>PARTO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Vaginal	200	63,1
Cesaria	117	36,9
<b>TOTAL</b>	<b>317</b>	<b>100</b>

**TABLA N° 2: "Distribución de las madres según RN internado"**

(F: Entrevistas a las madres HRRC - 2014)

<b>RN internado</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	53	16,7
No	264	83,2
<b>TOTAL</b>	<b>317</b>	<b>100</b>

**TABLA N° 3:** "Distribución de los enfermeros según nivel de formación"  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

NIVEL DE FORMACION	ENFERMERO		
	NEONATOLOGIA	OBSTETRICIA	TOTAL
	F	f	f
posgrado	0	0	0
Grado	14	6	20
Técnico	1	6	7
Auxiliar	56	36	92
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>48</b>	<b>119</b>

**TABLA N° 4:** "Distribución de los médicos según nivel de formación"  
 (F: Entrevistas al equipo de salud HRRC - 2014)

NIVEL DE FORMACION	MEDICO		
	NEONATOLOGIA	OBSTETRICIA	TOTAL
	F	f	f
posgrado	14	15	29
Grado	12	6	18
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>47</b>