

ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“Mejora de la calidad de la atención de los neonatos en el
Hospital Materno Infantil Ana Goitia, a través del ingreso
irrestringido del padre en la internación neonatal”**

**Lic. Ana Cafiero
Promoción 2010-2011**

Buenos Aires, Diciembre 2011

INDICE	
I) RESUMEN EJECUTIVO	3
II) INTRODUCCIÓN.....	5
III) PROBLEMA.....	15
IV) OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	19
V) DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO.FODA.....	20
VI) ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS.....	20
VII) PLAN ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA.....	21
VIII) DIRECCIÓN DEL PROYECTO y MECANISMOS DE EVALUACIÓN	21
IX) CONCLUSIONES	29
ANEXO ÁRBOL DE PROBLEMAS	31
ANEXO MATRIZ CAUSA –EFECTO	32
ANEXO REINGENIERÍA DE PROCESOS	33
ANEXO METODOLÓGICO	34
BIBLIOGRAFÍA	36

I) RESUMEN EJECUTIVO

Para mejorar la calidad de la atención neonatal, se propone un nuevo modelo de gestión humanizada, denominado Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF). El proyecto de intervención se realizará en el Hospital Materno Infantil Ana Goitia (HEMIAG) de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, durante el período 2011-2014.

La implementación de MSCF consta de 10 Pasos¹ y se ha analizado el N° 5, referido a facilitar la inclusión del papá en la internación neonatal para favorecer el vínculo temprano con su hijo/a, por la potencialidad que tiene de contribuir a modificar la cultura organizacional en la que se asienta el clásico modelo de atención hospitalocéntrico.

Durante décadas este modelo médico hegemónico ha privilegiado lo tecnológico y el saber médico por sobre las necesidades afectivas del recién nacido internado y las de su familia, con importantes costos para la salud de las criaturas.

Por ello, Convenciones internacionales, la Constitución Nacional argentina, la Ley 25.929 Derechos del nacimiento y políticas sanitarias, impulsan un cambio.

Se ha considerado que implementar este proyecto de intervención en el HEMIAG tendrá un **importante impacto sociosanitario ya que los beneficiarios finales son las 2.500 familias**, que en promedio anual del último quinquenio, han atendido sus partos en el Hospital. Su área de cobertura se extiende fuera del municipio de Avellaneda, ya que el 70% de sus pacientes provienen de otros distritos del conurbano sur. Del mismo modo, al ser centro de derivaciones de los recién nacidos de más bajo peso de la Región Sanitaria VI, el efecto positivo se extenderá más allá del área programática del hospital, ya que se atendió a 265 neonatos, del HEMIAG y de la Región, solamente durante el corto período de octubre 2010 a marzo 2011.

También es significativo señalar que aunque el proyecto se dirige a profundizar las competencias de todos los miembros del equipo de neonatología, conformado por los 17 neonatólogos, los 6 residentes y las 24 enfermeras del servicio, los beneficios de la capacitación se ampliarán hasta alcanzar a la población objetivo, que son los 195 empleados que trabajan en la institución. La beneficiaria directa es la referente hospitalaria del HEMIAG, frente al programa MSCF, del Ministerio de Salud de la PBA, quien gerenciará el proyecto.

Este proyecto tiene entre sus **factores clave de éxito**, la necesidad de aprovechar la oportunidad que se está desarrollando actualmente, respecto a la incipiente “revolución masculina”, por un lado y por el otro, la adopción de políticas públicas, tanto desde el poder ejecutivo como el legislativo, respecto de otorgar al empoderamiento de los pacientes un lugar estratégico para mejorar los resultados en salud. La amenaza proviene de la débil demanda de los papás por empoderarse y poner en acción el paternaje. Por ello el proyecto ha previsto la sensibilización y capacitación en los derechos de los pacientes a la población del municipio de Avellaneda y a sus medios de comunicación. O sea apuntalar el proyecto extra muros, para que esta necesidad se convierta en demanda efectiva.

Si bien, desde el punto de vista de la **Estructura**, el Servicio de Neonatología del HEMIAG cuenta con los RRHH requeridos según las pautas normatizadas para la organización y funcionamiento de los servicios de neonatología y el Servicio de Enfermería tiene el plantel suficiente, el esfuerzo habrá que ponerlo en la calidad de la formación, ya que no cuentan con las competencias requeridas para gestionar en torno al modelo MSCF². UNICEF cubrirá las necesidades presupuestarias dirigidas a la capacitación de los RRHH y de los padres.

Por otro lado, la adecuación de la infraestructura requerida para aplicar el modelo ha sido licitada y se prevé el comienzo de las obras para fines del año 2011. Estas obras están siendo financiadas por el Ministerio de Infraestructura de la Provincia de Buenos Aires.

Un aspecto muy relevante, en tanto factor crítico de éxito, es que desde el punto de vista del **Proceso**, ya existe en la Visión del HEMIAG la determinación de gestionar según el modelo MSCF. Desde mayo 2010 se cuenta con una referente hospitalaria del HEMIAG en el programa MSCF del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Desde marzo de 2011 se ha conformado en el HEMIAG una “Comisión organizadora del proyecto MSCF” para impulsar las transformaciones de estructura, proceso y resultados adecuados a la política sanitaria alineada con dicha política. Esta acción expresa la adhesión y compromiso de las autoridades para con el modelo y su decisión de iniciar el cambio.

Pero aunque en su misión el HEMIAG adscribe al MSCF, en su neonatología hay resabios del viejo modelo, ya que se imponen restricciones para el ingreso del papá. Lograr que los padres ingresen a ella cuando lo consideren necesario, implica un cambio no sólo organizacional sino cultural, ya que los únicos hombres que son bienvenidos en este servicio son los varones trabajadores del equipo de salud.

Del análisis del FODA se desprende la conveniencia de aplicar **una estrategia de consolidación**, ya que como fortalezas se ha señalado la existencia de un compromiso explícito del HEMIAG con esta política y respecto a las oportunidades, que hay consenso nacional como internacional de impulsar este nuevo modelo de atención. Se identificó como amenaza la formación tradicional de los RRHH, que no ha valorado la inclusión de la figura masculina como vital para el cuidado y la crianza de sus hijos. **Los estudios de Paternaje han puesto en la mira esta omisión, señalando que es la conducta visual del padre con el hijo la actividad que lo despierta, por lo que las neonatologías deben estimular ese contacto temprano y favorecer que sea lo más extenso posible.** Coherentemente, no hay demanda efectiva por parte de los papás para incluirse prontamente en el cuidado mientras su bebé está internado. **Hay una demanda oculta que interpela a las autoridades para ser atendida.** Como debilidades se indicaron la falta de convicción de la totalidad del equipo de salud de la neonatología sobre las bondades de la MSCF, así como de programas de capacitación integral pro MSCF.

Como **factores críticos de éxito**, se ha identificado que es imprescindible que el HEMIAG reconfirme su Visión de gestionar en torno al MSCF y planifique el cambio del proceso de visitas en el Servicio de Neonatología. Asimismo que la capacitación en MSCF sea permanente. Para ello hay que partir de reconocer las fortalezas y debilidades culturales y organizacionales del Hospital y las resistencias al cambio.

Para lograr el objetivo de contribuir a mejorar los resultados en salud neonatal, el HEMIAG deberá mejorar la calidad de atención facilitando la inclusión del papá en la internación neonatal. Para lograrlo deberá planificar, gestionar y evaluar el cumplimiento del “ingreso irrestricto”. Asimismo empoderar a los papás para que adquieran las competencias del cuidado del hijo/a, en cumplimiento del derecho que los asiste y capacitar a los RRHH de la institución, para que desde todas las áreas haya un sostenimiento del nuevo modelo.

PALABRAS CLAVE: Maternidad Segura y Centrada en la Familia, inclusión del papá en neonatología, cultura organizacional.

II) INTRODUCCIÓN

1. Características de la institución.

El Hospital Especializado Materno Infantil de Agudos “Ana Goitia” de Avellaneda, es una dependencia orgánico funcional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, integrado regionalmente a la Zona Sanitaria VI.

Fue inaugurado en 1950. Desde esa fecha se han atendido 125.000 partos. Tiene Nivel 2 de Atención por su promedio anual de partos, que asciende a 2.500. Sólo el 30% de su población proviene del municipio de Avellaneda.

El Nº de neonatos en UTIN del semestre octubre 2010/marzo 2011 ascendió a 265 bebés, con una estadía promedio de 9,21 días. La UTIN cuenta con 24 camas y el promedio de ocupación es 55,8%. Es centro de derivación de los recién nacidos (RN) de más bajo peso de la Región VI.

Su **Visión** es consolidar el modelo de atención de Maternidad Segura Centrada en la Familia. Sus **Valores** son la humanización del parto y el acompañamiento al proceso natural y familiar del nacimiento, con el mejor servicio que garantice el ejercicio del pleno derecho a la salud materno-infantil. Asimismo valorar que es durante la infancia cuando se dirime el principio de igualdad de oportunidades para el desarrollo humano, y que el rol del Hospital es crítico para contribuir a garantizarlo desde la concepción.

Su **Misión** es brindar atención humanizada que logre la satisfacción de las pacientes, tanto desde la planificación del embarazo y su cuidado, como tener un parto y puerperio seguros e incluso ofrecer cuidados especializados al recién nacido.

Para lograr este objetivo es tan necesaria la capacitación permanente de los miembros del Hospital, el desarrollo de la docencia y el monitoreo del proceso de gestión hospitalaria, como la satisfacción de los trabajadores en su tarea.

2. Justificación del proyecto.

Los fundamentos que justifican este proyecto de intervención son los deficientes Resultados en salud neonatal atribuidos al Modelo Médico Hegemónico, que interpelan por un cambio en el paradigma de atención. Este debe centrarse en garantizar la atención de calidad para hacer efectivo el derecho a la salud de la población y especialmente en el momento del nacimiento donde su incumplimiento hipoteca la vida y la salud de los RN. El HEMIAG ha iniciado este camino hace dos décadas, pero debe revalorizar la capacitación permanente de su equipo de trabajo, de los familiares de los RN y de la sociedad, en torno a los valores del MSCF, para desterrar las prácticas sesgadas de género que obturan la transformación genuina y sustentable de la institución en torno a este paradigma.

2.1. Los deficientes Resultados en salud neonatal.

Los Resultados en salud infantil y neonatal en Argentina todavía son impropios de su nivel de desarrollo humano, del nivel de la inversión en salud y son una pesada deuda social pendiente.

En Argentina nacen más de 700.000 personas por año. Debido a la prematurez o a la presencia de alguna enfermedad³, entre el 10 y el 20% de los recién nacidos (RN) requieren internación en los servicios de neonatología. Los avances científicos y el consecuente mayor conocimiento diagnóstico y terapéutico en la asistencia del RN se ha reflejado en los resultados de sobrevida neonatal. RN con peso inferior a los 1000 gramos tiene una sobrevida superior al 80% en los centros de alta complejidad neonatal y es prácticamente del 100% de los que superan el kilogramo, excluyendo malformaciones letales.

Los principales responsables de la mortalidad neonatal⁴ son la prematuridad y sus patologías asociadas. El indicador de Mortalidad Neonatal (TMN) en Argentina es alto ya que en 2008 su tasa ascendía al 8,5 por mil de los nacidos vivos, según datos del Ministerio de Salud de la Nación. Ello significa el fallecimiento anual de casi 6.000 bebés⁵. La Provincia de Buenos Aires tiene resultados similares a los nacionales pero en la Región VI, a la que pertenece el HEMIAG, se concentran los peores resultados sanitarios provinciales infantiles⁶. Pese a ello la TMN del HEMIAG para el último semestre (2010/2011) fue del 6,9 por mil, muy cercana a la de la Maternidad pública más prestigiosa argentina en MSCF, el Hospital Ramón Sardá. Estos buenos resultados son la razón por la cual ha sido seleccionado junto con otras 56 maternidades provinciales bonaerenses para llevar adelante el Programa. El HEMIAG, como se indicó, ya es centro de derivación de los neonatos de más bajo peso de la Región Sanitaria VI.

Las defunciones neonatales están claramente ligadas a la ineficiencia del sistema de salud. Casi el 60% de ellas son reducibles⁷ por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto o bien del recién nacido. Argentina todavía está lejos de los mejores resultados en salud mundiales, cuyas defunciones sólo alcanzan entre el 2 y el 3 por mil de los nacidos vivos. Estos buenos indicadores lo obtienen los países europeos y Japón que han logrado los mayores estándares de Desarrollo Humano y ostentan los mejores ingresos per cápita.

Es creciente el número de neonatos que requieren internación y el escenario es que esta tendencia se mantendrá⁸ ya que va disminuyendo la TMN según peso al nacer y por ser multifactorial la causa de la prematuridad⁹. Habitualmente este numeroso grupo de personas son separadas de sus padres y de otros familiares ya que, en principio, su derecho a vivir justifica su internación. Pero los indiscutibles progresos tecnológicos que se les aplican están asentados en un proceso que los gestiona teniendo como costo la exclusión de los progenitores en el contacto y permanencia junto a su bebé, relegando el vínculo/apego precoz con sus padres.

Como antecedente favorable al cambio de modelo de atención en Argentina, hay que señalar la gestión del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, sito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ha venido liderando el proceso de humanización de la atención perinatólogica, logrando significativas mejoras en los Resultados en la salud neonatal. Han sido publicados¹⁰ como "Lecciones aprendidas aplicando el modelo MSCF" y entre ellas podemos destacar:

*Pasaje de la aparatología al sentido amplio de la tecnología promoviendo intervenciones menos costosas pero con beneficios más significativos como el contacto piel a piel (CoPaP)¹¹. Esta intervención arroja resultados positivos comprobados no sólo a nivel vincular sino también biológico como la reducción del tiempo de llanto, un aumento en el estímulo fisiológico y la lactancia materna.

*Ruptura del mito de la "intromisión" en las UTIN de las familias y su consiguiente riesgo potencial para la intromisión de gérmenes patógenos. En la práctica, con el cumplimiento de la exigencia del lavado de manos sistemático, se resuelven todos los temores y preconceptos. La evidencia científica¹² corroboró lo que se observaba en términos del bienestar de los RN: disminución episodios de apnea, aumento del tiempo de sueño que es vital para el desarrollo del cerebro; mayor tasa de maduración del sistema circadiano; menor cantidad de infecciones; pasaje de severa a moderada la prevalencia de displasia broncopulmonar, lo que permite inducir que la presencia de los padres incide en favorablemente en la disminución de la morbilidad neonatal. Esto ha sido un hito para evaluar la efectividad de este modelo.

*Desarrollo de capacidades para entrenar a los padres en los cuidados y detección de signos de alarma post externación.

*Apelar a un cambio en la cultura del cuidado de la salud.

*Fortalecer el vínculo padres-hijos.

*Se logra un ambiente más amigable para los RN y sus padres porque el cuidado del bebé pasa a ser una tarea compartida. La recuperación del hijo/a es lograda por un trabajo en el que los padres al haber sido partícipes de la atención diaria de sus hijos pueden reconocer y valorar más el esfuerzo, profesionalidad y compromiso del equipo de salud y estar tranquilos que se ha hecho todo lo posible para cuidar a su bebé. Ello es más importante aún cuando la criatura está en estado crítico y fallece. También los padres se sienten mejor porque sus deseos y expectativas de cuidar a su prole no son obturados sino valorados, requeridos y además se los capacita para que puedan realizarlos de acuerdo a las normas que imperan en la institución, o sea se los equipara a los que en el modelo hospitalocéntrico tienen el “poder”.

* Se otorga al RN el status de sujeto de derecho, según las leyes de nuestro país (Ley 25.929), por la cual se le debe respetar y garantizar la permanencia y contacto con su familia, además de brindarle la mejor atención posible. Este gozo de derechos se extiende a la familia, que se convierte en la garante y la que a su vez se enriquece por haber adquirido la capacidad de cuidar a una persona vulnerable y poder tomar decisiones más informadas.

2.2. Barreras que impone el Modelo médico hegemónico.

En el análisis de las causas de este problema sanitario emerge con fuerza la necesidad de identificar a la cultura sanitaria dominante, denominado modelo Médico Hegemónico (MMH) por el antropólogo social Eduardo Menéndez, ya que es en función de ella cómo se organizan las relaciones entre los diferentes actores del sistema de salud y además provee, obviamente, el significado a dicha vinculación. Según Menéndez, la biomedicina¹³ es un discurso hegemónico, uno de los principales discursos hegemónicos de nuestro tiempo. Como institución y práctica social es un poderoso aparato ideológico que crea e impone la subjetividad al enfermo. La hegemonía supone para los “otros” una relación de subalternidad. La asimetría de roles que se desempeñan, se manifiesta en que la expectativa es que los que detentan el “saber” traducirán ello en poder “curar”. Muchos pacientes y /o familiares se amoldan pero otros resisten el guión y comienzan el proceso de interpelación.

Este modelo comienza a implantarse alrededor de la década del '60 en los países más desarrollados y apoya su gestión en el criterio de que la intervención en el cuidado y atención de los RN de riesgo sólo puede ser ejercida por profesionales capacitados: son los únicos que pueden tocar, manipular, aplicar procedimientos y técnicas. Los padres no pueden intervenir y deben esperar a un determinado horario para ver a sus hijos detrás de un cristal. El principio rector es que sólo los médicos y enfermeras saben lo que conviene al RN, no lo contaminan ni infectan y ello es así porque cumplen los protocolos. Son los únicos autorizados para estar y actuar en ese espacio. **Este modelo hospitalocéntrico ha privilegiado lo tecnológico y al saber médico hegemónico por sobre las necesidades vinculares afectivas no sólo del RN internado sino también las de su familia.**

Efectivamente, dicho modelo dominante ha impuesto la visión de que el embarazo es una enfermedad. Con ello ha desnaturalizado el proceso natural y familiar del nacimiento. Ha desatendido los factores que garantizan calidad de la atención de la salud materno-infantil obturando el ejercicio al pleno derecho de madres, padres e hijos.

La relación equipo de salud/paciente se realiza a través de la comunicación. El lenguaje es clave en el análisis antropológico, cada sociedad tiene su idioma pero el “significado” depende del discurso hegemónico¹⁴. Tan es así que cuando en el contexto sanitario se habla de comunicación, se alude en forma casi exclusiva al aspecto informativo. No siempre se distingue lo que es “informar” de lo que es “comunicar”. Cuando ambos términos se confunden, la información va en un solo sentido, ya que el personal sanitario desarrolla el rol activo de “emisor” y otorga un rol pasivo de “receptor” al paciente o su familia.

Muchos de los conflictos en dicho vínculo se originan porque se subestima el saber del paciente. Ya que no solamente “sabe” el equipo trabajador, sino que también “sabe” el paciente, el cual ya se ha dado alguna explicación de su padecer¹⁵. Todas las comunidades conceptualizan e interpretan el proceso salud, enfermedad, atención (s/e/a)¹⁶ a su modo, para garantizar la producción y la reproducción social.

La historia muestra que se ha preferido el desarrollo y/o curación del cuerpo, por sobre el psíquico y social, relegando a segundo plano el deber de que estas unidades de cuidados intensivos deben ser también el ambiente facilitador del desarrollo emocional del neonato, del inicio de su socialización como persona, de la aparición del vínculo con sus padres^{17, 18}. Diferentes estudios^{19, 20, 21}, desde hace más dos décadas en Argentina y muchos otros países, están señalando la necesidad y conveniencia de revertir este proceso de exclusión de los lazos parentales en el cuidado del RN internado, por una **estrategia de inclusión, participación y corresponsabilización temprana de la familia con su hijo/a**.

El desafío del modelo de atención humanizada es recuperar el rol de mujer y madre frente al de parturienta, garantizando la intimidad y la dignidad en ese momento tan trascendente de su vida. Asimismo promueve la recuperación del rol paterno. Aboga por involucrar a ambos miembros de la pareja y destacar la importancia de propiciar un ambiente relajante y familiar que favorezca la intimidad y libre desenvolvimiento del proceso, devolviendo la autonomía y protagonismo a los padres. También se propone fomentar que las mujeres cumplan un papel central en todos los aspectos de la atención, respetando sus necesidades emocionales, y favoreciendo el fortalecimiento del vínculo madre-hijo. Se estimula que desde el primer momento la familia (padre, abuelos, hermanos) acompañen al recién nacido y a su madre, brindándoles información y facilitando su participación en el marco de privacidad, dignidad y confidencialidad. **Brindar atención de calidad, humanizada, implica gestionar en base a los derechos de los pacientes, o sea dar respuesta a la demanda ciudadana de mayor accesibilidad a más servicios de mayor calidad. Ello implica la transformación del rol pasivo del paciente a uno activo donde es coproductor, codecisor y evaluador de la calidad de atención médico-paciente.**²²

El HEMIAG desde hace más de dos décadas que genera programas de inclusión de las madres en el cuidado de sus hijos, con la Residencia para madres, propiciando la internación conjunta, fomentando la lactancia materna, y más recientemente organizando las visitas familiares a los bebés internados en UTIN, pero **aún debe revisar las barreras institucionales que se imponen para la presencia masculina en una institución tan sesgada por el género como lo es una maternidad y que tienen como resultado la escasa participación del papá en este proceso. Si no emprende el proceso del cambio cultural no será sustentable la gestión de los demás pasos para MSCF, que ya se implementan en el Hospital.**

3. Marco conceptual del Proyecto

El marco conceptual se inscribe en la propuesta de brindar servicios neonatológicos de calidad integral, sumando a la adecuada tecnología los valores de la atención humanizada.

3.1. Hacia el cambio de modelo: la Valoración del Paternaje

Justamente, con el objetivo de mejorar la calidad de atención, una de las propuestas de intervención más importante relacionada en el marco del modelo MSCF, consiste en permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología. Esta acción promueve su permanencia continua y sobre la base de una capacitación progresiva, su participación activa en el cuidado de sus hijos.

Aparece un nuevo actor en las UTIN: el padre, valorándose su **paternaje** como agente emocional del RN²³. Señala Oiberman que *“Se observa que el padre va alejándose de su antigua imagen autoritaria para construir una nueva, más protagónica en la crianza de los hijos y vinculada a los sentimientos. Es sobre todo en la década del 70 cuando surge una imagen paterna distinta, la del hombre sensitivo que comienza a tomar conciencia de su responsabilidad con la naturaleza y los hijos e hijas, y comparte con la madre algunas tareas de cuidado y atención de la familia. Esa generación de padres descubrió –a diferencia de sus predecesores- que podía cambiar al bebé, acariciarlo, alimentarlo, jugar con él y todo ello sin perder su virilidad. Esto dio lugar a la modificación de diversas costumbres: se incluyó al padre en el momento del parto y en algunas sociedades se instituyó la licencia por paternidad.”*

Los fundamentos parten de reconocer que toda/o niña/o tiene necesidad de un padre que no sea ni un extraño, ni una segunda madre, sino un padre - hombre que pueda estar presente acompañando a su bebé en su crecimiento²⁴. Para ello es fundamental que el padre ocupe un lugar permanente, no un espacio intermediario, fugaz, parcial en el incipiente vínculo paterno-filial. En todos los momentos de la vida del niño/a y a lo largo de su desarrollo, el hijo tiene necesidad que lo ayuden a crecer, tanto su madre como su padre.

En este proceso, es necesario que el hombre recorra el camino del redescubrimiento de sus potencialidades paternas, camino que no está exento de dificultades, ya que en nuestra sociedad coexiste una sobrevalorización del rol materno y el prejuicio de la incapacidad varonil para el desarrollo del paternaje.

La **paternidad** es definida como el proceso psicoafectivo por el cual el hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo, distinto al de la madre. **Paternaje** es el proceso por el cual el varón se apropia de la paternidad, aprende a vincularse con su recién nacido y disfruta de esta nueva relación.

Ahora bien la paternidad, a diferencia de la maternidad, se va a desarrollar principalmente a partir de la **presencia real del hijo, a partir del momento que puede verlo**. Es un potencial innato del hombre que se desarrolla a partir del nacimiento de su bebé²⁵. Estudios realizados en el HEMIAG por Oiberman señalan que un grupo importante de padres entrevistados afirmaron que no pudieron sentirse padres durante el proceso de embarazo de su mujer y por lo contrario todos afirmaron que se “sintieron papás” ante la presencia del recién nacido.

En dicha investigación se ha descubierto que **es la conducta visual frente al hijo la actividad base del papá en las maternidades frente al RN y a partir de ella se desarrollan las demás**: la mirada es lo que todo padre hace y a partir de ella es que algunos se animan a tocarlo, acariciarlo, sostenerlo, abrazarlo, hablarle y besarlo. Esta importante conclusión de Oiberman

lleva a la reflexión acerca de la necesidad de revisar los obstáculos y las facilidades que en las UTIN tienen los papás para empezar esta conducta visual e iniciar así su relación paternal: la disponibilidad de “tiempo” es vital para que ese “ver” se transforme en “mirar” al hijo/a.

Estudios sobre la presencia del padre en el momento del nacimiento han distinguido el “**contacto temprano**” entre el papá y su bebé en sala de partos o en momentos inmediatamente posteriores al mismo, del “**contacto extenso**” que consiste en las posibilidades que tiene el padre de interactuar con el hijo/a en los días posteriores al parto ya sea en el hospital o en el hogar. Estos contactos facilitan el amor paternal, siendo más decisivo el extenso que el temprano, desmitificando que alcanza con que el padre participe del parto, ya que ello es sólo el primer paso del proceso vincular paterno-filial.

La paternidad es una construcción diaria, donde no puede privarse a ninguno de los dos, ni padre ni bebé, de tener contacto ni un solo día, y con ello de la oportunidad de iniciar y/o fortalecer la relación. Las barreras en la accesibilidad a las UTIN conspiran no sólo contra las necesidades del recién nacido sino también contra la posibilidad del desenvolvimiento oportuno de la paternidad.

3.2. Cambios que opera la MSCF en las tradicionales relaciones de poder hospitalarias.

Como propuesta de cambio, cada vez se ve como más importante que los cuidadores de los RN descubran nuevos métodos para hacer menos estresante el comienzo de la vida de estos pacientes tan frágiles y así mejorar su bienestar y el de sus padres²⁶. Para ello se ha propuesto, como ya se ha explicado, el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, que aspira a que la familia recobre el rol activo en el cuidado de su hijo/a participando de las decisiones y atenciones que el desarrollo de esta nueva persona requiere. Este novedoso escenario modifica las tradicionales relaciones de poder hospitalarias porque incluye nuevos actores con voz y voto: los padres y asimismo modifica las relaciones de poder intra equipos de salud al esperar un rol más protagónico de las enfermeras que son las que sostienen con más fuerza el vínculo con los nóveles actores. Se denominan nóveles porque la reflexión acerca de la inclusión de los papás en neonatología no tiene más de treinta años y son muy pocas las maternidades que tienen como Misión organizarse en torno al MSCF.

3.2.1. En la demanda del papá por su inclusión en la neonatología.

La antropología médica permite analizar la naturaleza de la brecha cultural entre el equipo de salud y los pacientes. La causa de esta distancia social es que normalmente poco se sabe de los padres, sus expectativas, valores, creencias²⁷. Son múltiples los factores sociales, culturales, ideológicos y /o económicos que facilitan, obstaculizan y/o impiden las relaciones y por ende la comunicación entre los diversos actores, equipos de salud, con su diversidad de profesionales médicos y enfermería y los padres.

Avanzar en el análisis de los problemas en la comunicación entre equipos profesionales y familias, desde la perspectiva de la antropología médica crítica²⁸, implica introducir el análisis del poder: quién tiene el poder del conocimiento, el que no sabe se siente impotente, el miedo provoca inmovilización. Quién tiene derecho a hablar y a ser escuchado? de quién son las voces auténticas?, de quién son los discursos autorizados y cómo llegan a serlo? , en las neonatologías la cuestión es ¿de quién son los bebés internados?. Estas relaciones de poder no son inocuas, implican sufrimiento para los que están sometidos a ellas. También implican naturalización de este vínculo para los actores, de allí la dificultad de cambio.

Según la antropología médica clínica²⁹ hay una correspondencia de los comportamientos de los trabajadores de la salud y los pacientes, por lo que la no participación paterna es coherente y funcional al modelo de género que se impone en las maternidades. Dicho de otro modo, este modelo de oferta en salud se corresponde funcionalmente con el de la demanda, ya que no hay una concientización masiva de la población en la puesta en práctica de un estilo participativo de atención de la salud. Aunque, paulatinamente va apareciendo un cambio de tendencia hacia pacientes/familiares que cada vez están más informados y capacitados y que crecientemente demandan servicios de calidad. Esto en las maternidades se traduce en la valoración del aporte masculino al cuidado del bebé³⁰ y soporte afectivo de su pareja³¹. Esta revaloración se sustenta en la incipiente revolución masculina³² que van adoptando muy recientemente los varones y dentro de ellos especialmente, los más jóvenes, encaminada a irse responsabilizando por el cuidado de su prole.

Ello implica un cambio en la cultura organizacional que exige fundamentalmente gestionar nuevas y buenas prácticas de vinculación entre equipo de salud y padres/familia del RN internado en UTIN. Para ello se requiere contar con recursos humanos que tengan las competencias indispensables para gestionarlo.

3.2.2. En las expectativas sobre el rol de la enfermería

Hoy las expectativas sobre el rol de la enfermería están contextualizadas sobre el creciente predominio del empoderamiento de los pacientes y sus familiares respecto al derecho que como ciudadanos tienen de acceder a servicios de salud de calidad y de hacerse corresponsables del cuidado del bienestar de sus hijos/as. Se espera que la mejora continua de la calidad como forma de gestión del servicio de enfermería en neonatología, aporte mejores resultados en salud en las tasas de morbilidad neonatal, contribuya a disminuir la ansiedad de los padres de neonatos internados, se mejoren las habilidades de autocuidado y se consiga una mayor adherencia al tratamiento.

Una de las dificultades estructurales detectadas respecto al alineamiento de las instituciones al modelo MSCF es la necesidad de aumentar el plantel y la calidad de atención de enfermería porque es fundamental el rol que cumple en las UTIN. Las enfermeras son las que tienen mayor contacto con los padres de bebés internados ya que comparten el espacio físico de las UTIN y porque también son más accesibles que los médicos, se expresan con un lenguaje más cercano al de los padres y son fuente de apoyo emocional. Se ha definido como crucial la formación del RRHH de enfermería en neonatología y en MSCF ya que en un contexto de escasez de RRHH y exceso de demanda, la incorporación del papá puede ser sentido como una sobrecarga del trabajo para enfermería³³. Acostumbrarse a trabajar en presencia de madres/padres de los bebés internados llevará su tiempo de adaptación y resistencias. Realizar intervenciones sobre un bebé en presencia de los padres implica una presión adicional sobre el equipo de trabajo pero se reconoce entre sus beneficios, la disminución del nivel de estrés de los padres que son testigos de los esfuerzos del equipo en asistir al RN, la mejor comunicación en la relación terapéutica, la mayor satisfacción de los padres y de los trabajadores al acortarse la brecha de distancia social y cultural.

Pero este nuevo modelo de atención humanizada no opera en el vacío, sino que se enmarca en una institución hospitalaria, que en tanto organización proveedora de servicios de salud de propiedad del Estado, tiene como misión proveer utilidad social en el pos de una sociedad equitativa y democrática³⁴. El fin del siglo XX y el comienzo del actual se caracterizan por el **creciente reconocimiento de que la relación terapéutica debe basarse en el derecho humano a decidir sobre la propia vida, y en el caso de los RN en que dicha responsabilidad cabe a los padres.**

Con este objetivo, deben diseñarse **los ejes de las competencias para las enfermeras**. Se define el perfil profesional del enfermero como la profesión de la salud que tiene como objeto y cuerpo propio de saberes y práctica **el cuidado de las personas**. Se centra la atención en lograr una formación de enfermeros de acuerdo a las demandas de salud-enfermedad-atención desde una concepción holística de los cuidados.

Aquí es necesario resaltar que las enfermeras van asumiendo un rol crecientemente activo en la comunicación dentro del equipo de salud. Cada vez más se visualiza al rol de la enfermera ya no solamente como “mano derecha del médico”, sino como recurso humano invaluable a la hora de entablar relación con los pacientes. Desde esta perspectiva hay que entender que la comunicación, en el contexto de la relación clínica, es un instrumento que permite hacer más efectiva la atención sanitaria. Cuando no es así, trae como efectos negativos, la insatisfacción del paciente, que no se siente escuchado ni entendido. Pero no quedan solamente insatisfechos los pacientes sino también los trabajadores de la salud, ya que sienten como un fracaso las quejas o el abandono de sus pacientes.

Entre las competencias profesionales del enfermero/a hay que destacar que se espera que “imprescindiblemente” (y no preferentemente) tenga **conocimiento** de los derechos de los pacientes, que desde la comunicación tenga habilidades para la atención familiar y actitudes positivas hacia la generación de climas de confianza y seguridad, capacidad dialógica y negociadora, discreción, sensibilidad a las necesidades de los demás y amabilidad. Asimismo que demuestre **capacidad** de trabajo en equipo y habilidad de promover y adaptarse al cambio. Desde las **actitudes** se privilegia que tenga capacidad de humanizar la práctica profesional como también que desarrolle el sentido de pertenencia a un equipo de trabajo, favoreciendo al modelo de atención de la salud que busca brindar a los pacientes el servicio con la mejor calidad y buen trato.

El eje de estos conocimientos, habilidades y actitudes debe partir de reconocer que el acompañamiento es vital para la sobrevida del RN internado. Que no es un pacientito aislado al que hay que atender sino a una familia sufriente. Que incluir al varón en tanto actor responsable de su paternidad, favorecerá a futuro la relación paterno-filial. En el respeto a los padres en tanto personas, no solamente desde la cordialidad, sino fundado específicamente en el hecho de reconocer **el derecho a la salud y a recibir atención de calidad** que asiste a los pacientes, que la maternidad y paternidad son hechos sociales antes que sanitarios, por lo que inhibir la participación de los principales actores tiene un costo social, muchas veces invisibilizado o naturalizado, pero real.

Tradicionalmente se esperaba que estas habilidades, actitudes y conocimientos fueran “naturales” y aparecieran “espontáneamente” en cada uno de los miembros del equipo de enfermería. Actualmente se reconoce que sólo la formación en estos valores garantiza su presencia. **Es más, esta formación debe ser continua para que sea sostenible la buena calidad de atención y la mejoría en la satisfacción del trabajador/a.**

3.3. En la necesidad de planificar, gestionar y evaluar la implementación de MSCF.

La implementación del modelo MSCF da cumplimiento a las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad³⁵ del Ministerio de Salud de la Nación, las que se han incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. El HEMIAG ha conformado en el año 2011 una Comisión pro MSCF, constituida por las Jefaturas

de Servicio de Neonatología, Obstetricia y Ginecología y de Enfermería, de la Dirección y el Consejo de Administración.

La Comisión ha realizado un FODA, cuyos hallazgos se incluyen en el ítem PROBLEMA (página 15). Una de las conclusiones a las que ha arribado es que es necesario instrumentar una metodología que dé cuenta de la naturaleza cultural y de gestión del servicio de salud que podrían facilitar o dificultar su concreción. Específicamente la implementación del Paso Nº 5 “Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal”, es paradigmática por la profunda connotación cultural que conlleva. Esta modificación exige incluir a un nuevo actor masculino “el padre”, por lo que es de esperar que se generen resistencias al cambio, ya que desde la formación curricular del RRHH en salud hasta la oferta de los servicios de salud en las maternidades y las prácticas profesionales vigentes están orientada al modelo género femenino, por ende excluyen al varón.

Para gestionar el cambio que asegure la calidad, el enfoque deberá centrarse en las preferencias de los pacientes³⁶. Pero para la gestión hospitalaria no es tarea sencilla organizarse en torno al usuario, si no tiene una cultura organizacional con ese valor como eje de su praxis. Ahora bien, establecer un programa de mejora permanente de la calidad de la atención del paciente³⁷, es imprescindible el manejo de la complejidad y la adaptación al cambio.³⁸

Promover la importancia estratégica de la calidad requerirá valorar la relevancia de una adecuada comunicación dirigida tanto al equipo de salud como a los padres de los pacientes. Asimismo identificar los procesos que permitan orientar los servicios más hacia las necesidades de los pacientes y obtener tanto una mejora en la satisfacción de éstos como de los resultados en salud.

Por ello se impone la necesidad de gestionar el cambio. Transformar las clásicas maternidades públicas formateadas por el MMH requerirá de la conformación de una gestión estratégica que contribuya a superar las resistencias y facilitar la adaptación de la organización a las necesidades que surgen de las circunstancias, sobre la base de un pensamiento estratégico, del trabajo en equipos interdisciplinarios, la adopción de un estilo gerencial flexible, adaptativo, participativo y experimental, que permita no sólo buenos niveles de desempeño, sino además un continuo aprendizaje organizacional que retroalimenta la buena performance.³⁹

Esta gerencia estratégica, al comprometerse genuinamente con el modelo de atención humanista encarnado en la MSCF, defenderá esta política social inclusiva y la participación ciudadana en la gestión de dicha política. Propiciará para ello los procesos que empoderen a la comunidad para ejercer el control sobre las decisiones que afectan su bienestar y será promotor de consensos y acuerdos institucionales que aseguren la implementación de los programas de salud. Asimismo tenderá a tener un modelo de gestión de RRHH más orientado a coordinar voluntades que a ordenar conductas y a poner más énfasis en el control de resultados que en los procedimientos.

La Estructura del Programa tendrá como componentes básicos:

- Una “Comisión organizadora del proyecto MSCF”, cuya función será liderar, coordinar y evaluar el desarrollo del programa para la transformación de la estructura, proceso y resultados adecuados a la política sanitaria alineada con MSCF. Estará conformado por la Dirección del hospital, las Jefaturas del Servicio de Neonatología, de Ginecología y Obstetricia, de Enfermería y por el Consejo de Administración. Las funciones serán:

- *motivar a todo el personal de la organización hacia el mejoramiento de la calidad, promover su participación y lograr formalizar el compromiso institucional estableciendo en la misión, la calidad como valor sustantivo.
- *desarrollar y coordinar las actividades de capacitación de todos los niveles de la organización
- *promover la definición, desarrollo e implementación de proyectos específicos de mejora de la calidad, específicamente para la inclusión de los papás.
- *desarrollar un sistema de monitoreo de calidad, con la identificación de la información necesaria para la construcción de indicadores que permitan registrar la implementación del programa, la satisfacción de los usuarios internos y externos.
- *hacer evaluaciones ex post del desarrollo global del programa.
- *hacer recomendaciones a los niveles de conducción para mejorar el cumplimiento del programa.
- Una responsable full time, la referente hospitalaria del HEMIAG frente al programa MSCF del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, quien gerenciará el proyecto.
- Convocar a la participación de todo el personal del hospital. Para ello hay que comunicar la misión a todos los trabajadores, crear un entorno creativo y satisfactorio del trabajo, favorecer el aprendizaje continuo del personal, eliminar las barreras al desempeño en equipo.
- Financiar el programa: al personal destinado específicamente para ello; al sistema de información y la capacitación.
- Planificación e implantación del Programa, con sus cuatro fases: Sensibilización, Diagnóstico, Puesta en marcha de las actividades y Evaluación.

III) PROBLEMA

Déficit en la calidad de atención del neonato por exclusión del padre en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Materno Infantil Ana Goitia (HEMIAG).

4.1. Descripción del Problema.

La realidad insatisfactoria que describimos en el presente proyecto, es que en el HEMIAG no es valorado el aporte que puede realizar el padre del RN, que está internado en UTIN, para mejorar la salud de su pequeño. Efectivamente, aunque es creciente el número de hombres que en el Materno Infantil han sido estimulados, sensibilizados y capacitados para que acompañen a su pareja en el momento del parto, si ese bebé por alguna causa debe ser internado en UTIN, **al varón se lo hace desaparecer de la escena.**

Y vuelven a aflorar, desde ese momento los criterios propios del modelo hospitalocéntrico, con reglas basadas en creencias y valores, que sin ningún fundamento científico prohíben la presencia del padre en la UTIN. Es así que a diario se observa que muchas enfermeras impiden el acceso a los padres, justificándose en que están cumpliendo instrucciones emanadas de un **“Reglamento”, colocado en la puerta del Servicio de Neonatología**, que estipula las condiciones de ingreso: “Se prohíbe la entrada si hay madre amamantando; en horario de limpieza y si se está realizando atención médica en alguno de los RN internados”. Estos tres condicionantes disminuyen claramente la posibilidad de realizar visitas que permitan establecer un vínculo profundo en la díada padre-hijo. Todavía consideran que sólo es necesario y suficiente el aporte materno para cubrir las necesidades afectivas de los RN.

Son las enfermeras las que habitualmente disponen si se puede o no ingresar a UTIN y cuánto tiempo puede permanecer allí, por lo que es fácil deducir el poder de admisión que ejercen. El personal de enfermería, por su parte, aduce que sólo está cumpliendo con órdenes médicas. Muchas veces esta limitación la verbalizan los agentes de seguridad, por instrucciones emanadas por el Servicio de Neonatología.

La función manifiesta de este Reglamento es reforzar el mensaje que la salud puede recobrase fundamentalmente por procedimientos médicos y enfermeriles. Que sólo los miembros del equipo de salud son los actores imprescindibles en áreas cerradas como UTIN. Pero, es necesario develar, que **la función latente** es esconder prejuicios y actitudes que subyacen en el desempeño de nuestros equipos de trabajo que colisionan con el derecho que tienen las personas, de ser protagonistas del cuidado de la salud. Algunos de esos prejuicios están asociados con el lugar que debe ocupar el varón: en el HEMIAG son bienvenidos los varones que trabajan o estudian, no tanto los varones en cuanto padres. Es un lugar propio para mujeres.

Cohientemente se observa un muy bajo empoderamiento de los padres, quiénes no reclaman por su derecho a acompañar a sus parejas y a hacerse cargo de su hijo/a desde el primer momento de vida, debilitándose así las condiciones para el desarrollo del paternaje. **No es fácil encontrar padres en la UTIN del HEMIAG.** Los papás no saben que ese Reglamento vulnera sus derechos: no hay quejas ni manifestación expresa de malestar por ello. Pero este Reglamento cumple la función latente de excusarlos cuando ellos sienten miedo de enfrentar la estresante situación: si su hijo sobrevivirá o no, si quedará con lesiones, si tendrá discapacidades, si ellos podrán atenderlos, reconocer signos de alarma, auxiliarlos...o sea hacerse cargo...al igual que las mamás.

Este miedo paraliza e impide mantener una comunicación franca y fluida con el equipo de salud. Por su parte el equipo médico prefiere hablar con la madre, aunque crecientemente se observa en el HEMIAG, que ellas muchas veces, via mensaje de texto, le informan on line a sus parejas lo que les están comunicando sobre la situación del bebé.

La tradicional formación de los RRHH del HEMIAG, les dificulta la percepción de la necesidad de satisfacer las necesidades afectivas de toda la familia, desconsiderando al padre en tanto agente de salud psicobiológica del RN e incluso como sostén de la madre, para el pleno ejercicio del maternaje. **Por ello es necesario que recapaciten y puedan rever el proceso por el cual someten al padre a un rol “prescindible”.** Habitualmente queda subsumido por la figura materna y al no tener un rol claramente asignado, salvo el de ser “acompañante” (cuando lo permite el reglamento) le dificultan el proceso de hacerse cargo de ser “el padre”, con todos los derechos y responsabilidades que ello conlleva. En fin, de asumir el paternaje.

Este problema es percibido por autoridades del HEMIAG, tales como el Consejo de Administración, la Dirección Ejecutiva y algunas Jefaturas de Servicio que han detectado que **en el Hospital convive un doble estándar de funcionamiento,** por un lado se auspicia el ingreso del varón para que ejerza su derecho al acompañamiento de su mujer y RN, si éste es sano y se le cierra la puerta, cuando hay problemas y debe permanecer en UTIN. Estar logrando paulatinamente el primer paso, la entrada en partos, alienta a planear los cambios necesarios para lograr la segunda entrada, a UTIN. **Como la Visión del HEMIAG es gestionar en torno a MSCF, ha identificado en el problema de la exclusión del padre en UTIN, un factor crítico para modificar la cultura organizacional vigente y consolidar su gestión en torno a los valores de la atención humanizada.** Contribuir a desarrollar el paternaje es vital para lograr “el máximo de bienestar para el RN internado y para la madre”, ya que lo que el papá puede realizar con su acompañamiento contribuye a mejorar la calidad de atención: en resultados en salud y en la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores.

4.2. Causas del Problema.

Desde el punto de vista de la **Estructura** se ha identificado:

1.- El déficit de competencias adecuadas del equipo de salud de UTIN para facilitar la visita.

Indicador: N° de personal de UTIN formado según competencias en MSCF/N° de personal en UTIN.

Desde el punto de vista del **Proceso** se ha identificado:

2.- Déficit en el proceso de visitas del papá en UTIN, que gestiona el hospital.

Indicador: N° de papás con ingreso irrestricto a UTIN / N° de bebés internados en UTIN.

3.-Déficit de empoderamiento del papá para exigir la visita a su hijo y capacitarse para su atención.

Indicador: N° papás capacitados en cuidado de su bebé/N° papá con hijos internados en UTIN.

4.3. Análisis de los involucrados.

Se realizó un estudio descriptivo con componentes cuali-cuantitativos, (**ANEXO METODOLÓGICO**, página 34) que con el objetivo de precisar el Problema, se efectuó a los involucrados en el proyecto: equipo de trabajadores de la neonatología, a padres y madres con bebés en UTIN e informantes clave de la Comisión organizadora del proyecto MSCF del HEMIAG, en el período 15 mayo al 15 de julio del 2011. Es de destacar que este estudio ha provisto al HEMIAG de una Línea de base. Para ello se utilizaron:

- 30 Encuestas cuanti-cualitativas al equipo de salud: enfermera/os (16) y neonatóloga/os (14) acerca de su conocimiento del MSCF y su grado de adhesión.
- 31 Encuestas cuanti-cualitativas a las mamás (23) y papás (8) con RN internados en la UTIN, respecto a las expectativas de lograr la inclusión plena en las UTIN para favorecer el cuidado de sus bebés.

Los resultados de la encuesta arrojan las siguientes conclusiones:

Opinión del equipo de salud: El 100 % aprueba el ingreso y permanencia de las madres en UTIN. Pero sólo el 64% considera que los papás deben entrar tanto como las mamás a atender a sus hijos cuando están internados en neonatología. Las respuestas negativas son de las enfermeras/os.

Los motivos aducidos coinciden con los tres criterios que se explicitan en el Reglamento de entrada a UTIN: la entrada a UTIN está limitada cuando hay limpieza, procedimientos de enfermería en algún pacientito, lactancia o mucho trabajo.

Todos los encuestados coinciden en señalar que las actividades que con más frecuencia realizan los padres es mirarlos, acariciarlos, hablarles, buscar parecidos, darles amor, abrazarlos, colaborar en el cuidado, pero también se ha señalado que algunos se asustan, o bien, que quedan paralizados.

Respecto a los motivos que tienen los papás para tener más contacto con sus RN, afirman que es para acompañar al hijo en cuanto miembro de la familia, porque se recupera más pronto, porque el papá tiene el mismo derecho que la madre, para ayudarlo en su crecimiento, porque quieren ser partícipes de la crianza del hijo/a, darle protección, también algunos afirman que es para acompañar a la madre. Sólo dos niegan que exista deseo por parte de los papás para visitar asiduamente a sus hijos mientras están internados en UTIN, aduciendo que se desorientan o bien que los algunos papás están desinteresados o que sólo entran y se van.

Respecto del conocimiento genérico sobre MSCF que tiene el equipo de trabajadores de UTIN, es importante señalar que mientras que la totalidad de los neonatólogos tiene conocimiento de este modelo de atención, una cuarta parte del plantel enfermero lo desconoce.

El análisis más riguroso respecto al conocimiento de los diez pasos necesarios para funcionar cabalmente como MSCF, indica asimismo que mientras todos la/os neonatóloga/os pueden identificar con más precisión dichos pasos, especialmente aquellos que se refieren a respetar la voluntad materna durante el proceso de embarazo y parto, el RRHH enfermero tiene menor cantidad de respuestas adecuadas. Específicamente respecto a la inclusión del papá en las neonatologías, mientras que la totalidad de los médicos lo reconoce hay un 20% de enfermería

que no lo hace. Es más, la mitad del equipo de enfermería considera que los padres no deben entrar a ver a sus hijos si no tienen puesto un camisolín o si alguna madre está amamantando a su hijo. Entre los médicos, sólo uno considera inconveniente que entre el papá en dicha situación y ninguno considera necesario el camisolín.

Aunque entre los pasos no existe ninguno referido a la necesidad que el papá deba capacitarse para entrar en UTIN, lo considera necesario el 70 % del plantel enfermero y la mitad de los neonatólogos.

Opinión de las madres: Todas las mamás coinciden en que los padres quieren visitar a sus hija/os en cualquier momento del día mientras están en UTIN; la excepción es una mamá que dice estar separada del padre del bebé.

El 67% de las madres recibió el comentario de su pareja respecto a que no había podido ingresar con libertad a ver a su hijo. El motivo aducido por la institución en casi la mitad de los casos fue “porque hay una mamá amamantando”. Pero sugestivamente sólo una madre adujo que no le gusta la presencia masculina en UTIN cuando ella debe alimentar a su bebé. Otro obstáculo ha sido la vigilancia que logró impedir el acceso paterno a la neonatología. Asimismo el trabajo de los médicos con algún pacientito, funcionó como otra barrera.

No se observaron diferencias significativas en las respuestas ni por edad, nacionalidad, nivel de estudios o situación de la pareja.

Opinión de los padres: se definió metodológicamente que la entrevista se les haría en ocasión del alta del bebé, para disponer de un mayor tiempo para el diálogo. Mientras que la encuesta a las 23 madres fue aplicada en 15 días, para obtener un tercio de respuestas paternas, (8 entrevistas) se necesitó cuadruplicar el tiempo (2 meses). Este dato objetivo confirma la barrera institucional a la participación paterna en la UTIN del HEMIAG.

Las visitas paternas son muy escasas, ya que casi no entran a la UTIN. Todos los padres afirman haber podido ver a su bebé el día del nacimiento. El 67% pudo alzarlo en sus brazos. Sólo uno entró al parto. Ningún papá pudo entrar todas las veces que quiso a UTIN. Las enfermeras y la vigilancia han sido identificadas por los papás como los trabajadores que le impidieron la entrada, y esta situación se ha producido en diferentes horarios. Los motivos aducidos han sido los que figuran en el Reglamento de ingreso a UTIN: lactancia materna, limpieza, atención médica a algún bebé.

Tampoco con las respuestas de los padres pudieron observarse diferencias significativas en las respuestas ni por edad, nacionalidad, nivel de estudios, trabajo o situación de la pareja.

ANEXO ARBOL DE PROBLEMAS, página 31.

La complejidad del problema de un cambio de la cultura organizacional se ha sistematizado con la Matriz Causa –Efecto de Kaoru Ishikawa.

ANEXO MATRIZ CAUSA EFECTO, página 32.

IV) OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de atención facilitando la inclusión del padre en la internación neonatal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Formar al equipo de salud en los conocimientos, habilidades y actitudes proactivas necesarias para cumplir con el Paso 5 de MSCF, que se refiere a “Facilitar la inclusión de la madre, padre y familia en la internación neonatal”. (Color verde en Planilla Actividades y Croniograma).

2.- Mejorar el proceso de visitas del papá en Neonatología, de modo que sea tan irrestricta como para la mamá, a través de la planificación, gestión y evaluación del cumplimiento del “ingreso irrestricto” del padre. (Color rojo en Planilla Actividades y Cronograma)

3.- Empoderar a los papás para que fortalezcan el vínculo con su hijo/a y que adquieran las competencias del cuidado del RN durante la internación, en cumplimiento del derecho que los asiste. (Color azul en Planilla Actividades y Cronograma).

METAS

***Estructura**

Diciembre 2012: 75% RRHH de neonatología capacitados en MSCF y 25% del resto hospital.

Diciembre 2013: 90% RRHH de neonatología capacitados en MSCF y 60% del resto hospital.

Diciembre 2014: 95% RRHH de neonatología capacitados en MSCF y 95% del resto hospital.

***Proceso**

Diciembre 2011: el 50 % de los padres que desean visitar asiduamente a sus hijos lo logran.

Junio 2012: el 70% de los padres que desean visitar asiduamente a sus hijos lo logran y han adquirido competencia en el cuidado del RN (VyC).

Diciembre 2012: el 80 % de los padres VyC.

Diciembre 2013: el 85% de los padres VyC.

Diciembre 2014: el 90% de los padres VyC.

***Resultado**

Diciembre 2012: el 50% de las mamás y papás manifiesta satisfacción por la atención de calidad recibida en el HEMIAG, específicamente por la facilidad de ingreso irrestricto a UTIN y por la adquisición de competencias para el cuidado del RN.

Diciembre 2012: Se ha implementado la medición sistemática de la satisfacción de los trabajadores: médicos y enfermeras.

Diciembre 2013: el 70% de las mamás y papás manifiesta satisfacción por la atención de calidad recibida en el HEMIAG, específicamente por la facilidad de ingreso irrestricto a UTIN y por la adquisición de competencias para el cuidado del RN.

Diciembre 2013: Se ha aprobado el programa de difusión derechos de los pacientes junto con autoridades del municipio de Avellaneda y con los más importantes medios de comunicación social distritales.

Diciembre 2014: el 90% de los padres está satisfecho.

Diciembre 2014: se han ejecutado las actividades previstas en el programa de difusión de los derechos de los pacientes con el municipio de Avellaneda y con los medios de comunicación locales.

V) DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO: FODA

El análisis FODA señaló como una **amenaza** la formación tradicional de los RRHH, tanto de médicos como de enfermera/os, que no ha valorado la inclusión de la figura masculina como vital para el cuidado y la crianza de sus hijos. Los estudios de paternaje han puesto en la mira esta omisión. La escasa formación se debe a la incipiente aplicación del MSCF y por lo tanto no hay todavía una masa crítica suficientemente capacitada. Coherentemente, no hay demanda explícita por parte de los papás para incluirse prontamente en el cuidado mientras su bebé está internado. Asimismo hay desvalorización del aporte del papá a la salud de su bebé y como soporte afectivo de la mamá. No es una necesidad sentida por la población sino un objetivo de salud pública.

Como **debilidades** se indicaron la falta de convicción de la totalidad del equipo de salud de la neonatología sobre las bondades de la MSCF, la escasez de formación de la enfermería y de programas de capacitación integral favorables a MSCF. La existencia de un Reglamento que cercena las condiciones de acceso y la conducta del Servicio de Enfermería y Seguridad que imponen sus propios criterios limitativos, son las causas prioritarias del problema y ambas se asientan en falta de organización del HEMIAG en torno al modelo MSCF.

Como **fortalezas** se ha señalado la existencia de un compromiso explícito del HEMIAG con esta política, el funcionamiento desde hace 20 años de la residencia para madres, el fomento de la internación conjunta madre/bebé, el compromiso con el respeto a las decisiones de la mujer durante el parto, la asistencia para la lactancia, entre los pasos que tienen mayor vigencia en la maternidad y respecto a las **oportunidades** que hay consenso nacional como internacional de impulsar este nuevo modelo de atención. También por la existencia de legislación y resoluciones del poder ejecutivo pro MSCF. Asimismo la exitosa gestión del MSCF en otras maternidades.

VI) ANÁLISIS DE LAS ALTERNATIVAS

La definición de posibles cursos de acción se realiza en función de las opciones estratégicas⁴⁰.

Ante el creciente número de partos prematuros que se registra actualmente y que como tendencia global se mantendrá, tal como fue analizado en el ítem de Resultados en Salud neonatal, la alternativa de no implementar ningún proyecto llevará a profundizar los problemas identificados.

Sumado a ello hay que ponderar el impacto de la creciente campaña de difusión de los derechos a recibir atención de calidad que ejecutan organismos oficiales responsables de la salud pública y UNICEF. Es factible que este empoderamiento logre en un mediano plazo que la débil demanda actual de la población por ejercer sus derechos se potencie y la latente insatisfacción actual, probablemente se convierta en demanda explícita por mejor atención. Por lo tanto es necesario y conveniente proponer un proyecto de intervención.

La elección de la alternativa de plantear un proyecto a su vez abre el análisis a varias opciones estratégicas. Dichas opciones dependen del diagnóstico aportado por el FODA. A partir de él puede considerarse que en el HEMIAG predominan las fortalezas a nivel de conducción del hospital pero son importantes las debilidades en las competencias del RRHH, y asimismo el entorno le ofrece interesantes oportunidades para implementar el modelo MSCF. Por ello es **recomendable aplicar una estrategia de consolidación**: aprovechando dichas oportunidades y obteniendo beneficio de las fortalezas pero debiendo superar la debilidad, comprometiéndose

en la formación permanente de los RRHH y en la implementación del cambio de gestión hacia el modelo MSCF.

Para lograr la sustentabilidad, a nivel interno, se fortalecerán los roles de la Comisión organizadora del proyecto MSCF y se convocará a la participación al trabajo de diagnóstico, gestión y evaluación a todos trabajadores de los Servicios del hospital. A nivel externo, se centrará en la sensibilización sobre los derechos de los pacientes extra muros.

Factores críticos y claves de éxito

Como **factores críticos de éxito**, se ha identificado que es imprescindible que el HEMIAG reconfirme su Visión de gestionar en torno al MSCF y planifique el cambio del proceso de visitas en el Servicio de Neonatología. Asimismo que la capacitación en MSCF sea permanente.

Para ello hay que partir de reconocer las fortalezas y debilidades culturales y organizacionales del Hospital, y las resistencias al cambio. La nueva gestión debe incluir la sensibilización y capacitación permanente de sus trabajadores, pacientes y familiares en torno al derecho humano al acceso a la atención sanitaria de calidad. Asimismo evaluar sistemáticamente la satisfacción de los pacientes por la atención recibida y también la conformidad de los trabajadores por la atención brindada.

Este proyecto tiene entre sus **factores clave de éxito**, la necesidad de aprovechar la oportunidad que se está desarrollando actualmente, respecto a la incipiente “revolución masculina”, por un lado y por el otro, la adopción de políticas públicas, tanto desde el poder ejecutivo como el legislativo, respecto de otorgar al empoderamiento de los pacientes un lugar estratégico para mejorar los resultados en salud.

La amenaza proviene de la débil demanda de los papás por empoderarse y poner en acción el paternaje. Por ello el proyecto ha previsto la sensibilización y capacitación en los derechos de los pacientes a la población del municipio de Avellaneda y a sus medios de comunicación. O sea apuntalar el proyecto extra muros, para que esta necesidad se convierta en demanda efectiva.

VII) PLAN DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

Los responsables de planificar y gestionar las actividades son los miembros de la “Comisión organizadora del proyecto MSCF”, (a partir de página 22). En el primer año tendrán un rol mucho más activo en la función de planificación y a posteriori se concentrarán en la de control. El Cronograma está en la página 28 y la Reingeniería de Procesos en la página 33.

VIII) DIRECCIÓN Y MECANISMOS DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

- El proyecto será dirigido por la referente hospitalaria del HEMIAG frente al programa MSCF del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- El mismo será supervisado por la “Comisión organizadora del proyecto MSCF”. La Comisión está conformada por la Dirección del hospital, las Jefaturas del Servicio de Neonatología, de Ginecología y Obstetricia, de Enfermería y por el Consejo de Administración.
- Será evaluado por UNICEF y por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Las evaluaciones serán durante la ejecución del proyecto y al finalizar el mismo. Las fechas previstas de evaluación están consignadas en el Cronograma, en la página 28.
- Los indicadores de impacto están expresados en METAS, en la página 19.

PLAN DE OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES	RESPONSABLE	META	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
OBJ 1.- Formar al equipo de salud en los conocimientos, habilidades y actitudes proactivas necesarias para cumplir con el Paso 5 de MSCF. Act.Nº1: Identificación de las competencias necesarias de los RRHH de neo (*).	Responsable MSCF	Competencias identificadas: 5 meses	<u>FASE DE ANALISIS</u> <ul style="list-style-type: none"> Análisis de las necesidades de formación: determinar brecha en base a Normas del Ministerio de Salud. Objetivos de formación, definidos conjuntamente Jefaturas Neo y Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> Identificación de los conocimientos necesarios para gestionar según MSCF. Identificación de las habilidades necesarias para gestionar según MSCF. Identificación de las actitudes necesarias para gestionar según MSCF. Identificar quiénes se tienen que capacitar. Identificar dónde se formarán: en lugar de trabajo/fuera del lugar de trabajo. Si es en el lugar de trabajo elegir en el puesto o fuera del puesto de trabajo. Identificar quiénes impartirán la formación: jefes, compañeros, especialistas, académicos. Identificar cómo se formarán: presencial, no presencial. Medios: clases, conferencias, videos, Ritmo: intensivo o no. Estilo: entrenamiento o reflexión. Identificar nivel de formación requerido: básico o fundamental; desarrollo de habilidades o competencia de uso. Para las habilidades requeridas: destrezas básicas, habilidades interpersonales; o habilidades conceptuales e integradoras.
OBJ:1. Act. Nº2: Gestionar las actividades de formación adecuadas.	Jefaturas servicios: neo y enfermería.	Trabajadores capacitados: 9 meses	<u>FASE DE FORMACION</u> <ul style="list-style-type: none"> Capacitandos cumplen con asistencia a cursos. Redistribución de las tareas en el Servicio. Planeamiento de cómo se replicará la formación.
OBJ.1. Act. Nº3: Evaluación de la capacitación.	Comité de Docencia y Responsable MSCF.	Actas de evaluación: 1 mes	<u>FASE DE EVALUACION</u> <ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de criterios de evaluación. Evaluación de la formación adquirida y de la satisfacción de los capacitandos. Evaluación de la transferencia al resto de la institución. Identificación indicadores de rendimiento antes y después de la capacitación. Comité Docencia eleva a Responsable MSCF. Responsable MSCF eleva a Comité MSCF su propuesta de Revisión y Ajuste, si fuera necesario, para planificar actividades capacitación del año siguiente.
OBJ 2. Mejorar el proceso de visitas del papá en	Responsable MSCF	Encuesta realizada:	<ul style="list-style-type: none"> Determinar tamaño muestra Diseño cuestionario

Neonatología.		2meses	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal que hará encuesta • Recoger datos • Evaluación
Act.Nº1: Identificar los obstáculos para el ingreso paterno: encuesta a trabajadores.			
OBJ.2 Act.Nº2: Identificar los obstáculos para el ingreso paterno: encuesta a padres y madres.	Responsable MSCF	Encuesta realizada: 2meses	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar tamaño muestra • Diseño cuestionario • Capacitar al personal que hará encuesta • Recoger datos • Evaluación
OBJ.2 Act. Nº3: Analizar resultados y proponer a la Dirección medidas pertinentes.	Comisión MSCF	Tabla con nuevos procedimientos: 3meses	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a los actores que participarán del Taller de Análisis de la Encuesta, de los Servicios de Neo y Enfermería. • Convocar a los actores explicando objetivos y relevancia de la participación (motivación). • Realizar Taller Análisis de Encuesta (Tabla con procedimiento actual) • Conclusión de la Encuesta • Someter Conclusiones a los demás trabajadores de los dos Servicios. • Convocar a facilitador para 2º Taller • Realizar 2º Taller para analizar Propuesta de modificación cuyo producto es una Tabla con los nuevos procedimientos (TNP) que por consenso se definan. • Legitimar nuevo procedimiento, con la Disposición del Director. • Incorporar el proceso a los compromisos de gestión.
OBJ.2 Act. Nº4: Sensibilización de la conducción de niveles intermedios del hospital.	Comisión MSCF	Campaña Sensibilización realizada: 3meses	<p><u>FASE PLANIFICACION CAMPAÑA SENSIBILIZACION</u></p> <p>Primer paso: Definición objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los objetivos estratégicos o propósitos de la campaña: modificar percepción y comportamiento de los trabajadores respecto de los padres en neo según TNP. • Realizar FODA con Jefaturas de Neo y Enfermería sobre predisposición jefaturas y trabajadores para MSCF (examen de la situación actual). • Realizar reuniones con Jefaturas para evaluar qué conductas son las que hay que modificar. Relacionarlas con la Misión y Visión institucional y TNP. <p>Segundo Paso: Determinar la audiencia destinataria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segmentar el público eligiendo algún/os criterios Ej: por tarea: neonatólogos, enfermería; edad; sexo; turnos; antigüedad en el servicio, para adaptar el mensaje. • Identificar quiénes son, sus modelos de conducta, circunstancias que impiden o fomentan la

adopción de la nueva conducta, qué grupos serán más permeables y cuáles más resistentes. Identificar ventajas-desventajas de adoptar nueva conducta.

Tercer paso: Elaborar un programa de comunicación:

- Etapa de diseño de la EFECTIVIDAD del mensaje: debe ser Atractivo, Fácil de comprender (claro, simple y directo), Persuasivo, Verosímil, Oportuno, Interesante, Digno de recordar (reiterarlo desde diversos medios).
- Elaborar el TIPO de mensaje que puede ser racional, emotivo o moral, según grupos segmentados. Analizar alternativas de modelos de campañas para cada público.
- Establecer el TONO del contexto y estilo argumentativo del mensaje (noticioso, interrogativo, imperativo, didáctico, recomendativo).

Cuarto paso: Testeo previo.

- Chequeo con un focus group. Tener en cuenta cómo el mensaje pueden ser percibido, deformado, recordado.

FASE PUESTA EN MARCHA

Quinto paso: Puesta en marcha de la campaña.

- Conseguir apoyos institucionales, políticos, humanos y materiales para ejecutarla.

FASE EVALUACION Y REVISION

Sexto paso: Evaluación resultados de la campaña.

- Comparar si se ha adoptado la conducta recomendada con TNP.
- Revisar campaña y hacer recomendaciones de ajuste.
- Identificación de procesos críticos para cumplimiento MSCF en Servicios de Neo y Enfermería.
- Establecer las instrucciones para el cumplimiento de TNP en los procesos críticos.
- Cada Jefatura propone indicadores para línea de base y de avance del programa de Estructura (RRHH formados) y de Proceso (Gestión de ingreso a UTIN).
- Se consensua con trabajadores de cada Servicio para iniciar medición.
- Difundir las instrucciones de la TNP.
- Determinación del profesional responsable en cada Servicio.
- Seleccionar sistema monitoreo cumplimiento de TNP.
- Establecer mecanismo de Revisión y mejora del proceso.

OBJ. 2. Act. Nº5: Cada Servicio establece indicadores de gestión calidad.

Jefatura Servicios de Neonatología y Enfermería.

Definidos los indicadores del TNP: 2meses

OBJ.2. Act. Nº6: Puesta en marcha de las actividades a través de la gestión por procesos.

Jefatura Servicios Neo y Enfermería

Cumplimiento de TNP: 26 meses (hasta fin)

<p>OBJ.2. Act. N°7: Evaluación de resultados, a medio término y final. Revisión.</p>	<p>Comisión MSCF (*)</p>	<p>Actas de evaluación: 1 mes c/ evaluac</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de los objetivos. • Cumplimiento del cronograma. • Cumplimiento del presupuesto. • Satisfacción de los trabajadores (según pasos actividad 1). • Satisfacción de los pacientes (según pasos actividad 2). • Revisión del proceso y propuesta de modificaciones p/ retroalimentarlo, si hiciera falta. • La evaluación se elevará a UNICEF y Ministerio Salud PBA para su EVALUACIÓN FINAL.
--	--------------------------	--	--

<p>OBJ.3 Empoderar a los papás. Act. N°1: Sensibilización de los trabajadores sobre el derecho de los padres.</p>	<p>Comisión MSCF</p>	<p>Campaña de sensibilización realizada: 3 meses</p>	<p><u>FASE PLANIFICACION CAMPAÑA SENSIBILIZACION</u> Primer paso: Definición objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los objetivos estratégicos o propósitos de la campaña: modificar percepción y comportamiento de los trabajadores respecto de los padres en neo. • Realizar FODA sobre predisposición trabajadores para MSCF (examen de la situación actual). • Realizar reuniones con Jefaturas para evaluar qué conductas son las que hay que modificar. Relacionarlas con la Misión y Visión institucional. • Identificar a quién afecta el problema, qué conducta hay que modificar, qué grupos serán más permeables y cuáles más resistentes. Identificar ventajas-desventajas de adoptar nueva conducta. <p>Segundo paso: Determinar la audiencia destinataria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segmentar el público eligiendo algún/os criterios. Ej: por tarea: neonatólogos, enfermería; edad; sexo; turnos; antigüedad en el servicio, para adaptar el mensaje a cada estrato. • Identificar quiénes son, sus modelos de conducta, circunstancias que impiden o fomentan la adopción de la nueva conducta. <p>Tercer paso: Elaborar un programa de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de ensayo del modelo de sensibilización: para que el mensaje sea EFECTIVO debe ser Atractivo, Fácil de comprender (claro, simple y directo), Persuasivo, Verosímil, Oportuno, Interesante, Digno de recordar (reiterarlo desde diversos medios). • Elaborar el TIPO de mensaje que puede ser racional, emotivo o moral, según grupos segmentados. Analizar alternativas de modelos de campañas para cada público. • Establecer el TONO del contexto y estilo argumentativo del mensaje (noticioso, interrogativo, imperativo, didáctico, recomendativo). <p>Cuarto paso: Testeo previo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chequeo con un focus group. Tener en cuenta cómo el mensaje pueden ser percibido,
--	----------------------	--	---

deformado, recordado.			
<u>FASE PUESTA EN MARCHA</u>			
Quinto paso: Puesta en marcha de la campaña. Conseguir apoyos institucionales, políticos, humanos y materiales para hacer la campaña.			
<u>FASE EVALUACION Y REVISION</u>			
Sexto paso: Evaluación resultados de la campaña para conocer si se ha adoptado la conducta recomendada. Revisar campaña y si es necesario reformularla. Sostenimiento en el tiempo.			
OBJ.3 Act. Nº2: Campaña de difusión Derechos del nacimiento dentro del HEMIAG.	Comisión MSCF	Campaña de difusión realizada: 12 meses (4 meses por año)	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar Agencia para Diseño campaña sensibilización según actividad 4 del Objetivo 2. • Puesta en marcha de la campaña: <ol style="list-style-type: none"> 1. Definición responsable campaña. 2. Definición período de duración de la campaña. 3. Evaluación y Revisión.
OBJ. 3Act. Nº3: Campaña de difusión Derechos del nacimiento con Avellaneda.	Comisión MSCF	Campaña de difusión realizada: 12 meses (4 meses por año)	<ul style="list-style-type: none"> • Firmar Convenio con el municipio de Avellaneda para realización conjunta de la Campaña. • Diseñar campaña sensibilización según actividad 4 del Objetivo 2, incluyendo en todas las Fases al/los representante/s Municipio de Avellaneda. • Puesta en marcha de la campaña <ol style="list-style-type: none"> 1. Definición responsable campaña. 2. Definición período duración de la campaña. 3. Definición de lugares/espacios/actividades municipales/instituciones donde se ejecutará la campaña. 4. Evaluación y Revisión.
OBJ. 3 Act. Nº4: Campaña de difusión Derechos del nacimiento con los medios de comunicación social.	Comisión MSCF	Campaña de difusión realizada: 12 meses (4 meses por año)	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar campaña sensibilización específica para los medios: <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección medios (radial, televisivo, escrito) 2. Según público al que se destinan (población en general, profesional). 3. Definición de eventos intramuros y extramuros. 4. Definición del período de tiempo que durará la campaña. • Puesta en marcha de la campaña
OBJ.3. Act. Nº 5: Evaluación de las actividades, medio término y final. (*)	Comisión MSCF	Actas de Evaluación: 1 mes c/ evaluac.	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de los objetivos. • Cumplimiento del cronograma. • Cumplimiento del presupuesto. • Satisfacción de los trabajadores. • Satisfacción de los pacientes. • Revisión del proceso y propuesta de modificaciones, si hiciera falta.

OBJ.3 Act. N°6: Entrevistas a los papás sobre participación del cuidado de su bebé.	Responsable MSCF	Entrevistas realizadas: 2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación se elevará a UNICEF y Ministerio Salud PBA para su EVALUACIÓN FINAL. • Determinar tamaño muestra • Diseño cuestionario de la entrevista • Capacitar al personal que hará entrevista • Recoger datos • Analizar datos
OBJ 3 Act. N°7: Identificación y capacitación en las competencias (a los padres).	Jefatura Neo y Enfermería	Padres capacitados: 17 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de formación: • Identificación de los conocimientos necesarios para el cuidado de su bebé. • Identificación de las habilidades necesarias para el cuidado de su bebé. • Identificación de las actitudes necesarias para el cuidado de su bebé. • Identificación de los/las capacitadores. • Planificación actividades de capacitación (días, horarios, metodología, evaluación resultados). • Evaluación y Revisión.

(*) En el primer año del proyecto la capacitación se concentrará en el Servicio de Neonatología. En los siguientes años alcanzará a la totalidad de los RRHH del HEMIAG.

(*) y (*) Cuando se conforme el Comité de Calidad de Atención, entre sus funciones estará la Evaluación, Revisión y Ajuste del proyecto MSCF.

IX) CONCLUSIONES

Si este proyecto de intervención es aprobado, la gestión del HEMIAG en torno a MSCF, podrá contribuir favorablemente con una atención de calidad, ya que:

*** Apoya el rol del Estado en cuanto garante del cumplimiento del derecho que asiste a la población de recibir atención de salud de calidad, ya que la atención prestada es capaz de llevar al máximo al estado de bienestar del RN, al incluirse sus necesidades afectivas.**

* Contribuye al **mejoramiento de los resultados en la salud neonatológica**, al valorar que el cuidado de la vida es una tarea social: de la familia y de las organizaciones sanitarias. Nadie puede ser eximido de esta responsabilidad, todos pueden tener rol activo.

* Reposiciona al varón en cuanto padre, cumpliendo con el mandato legislativo de **reconocerle sus derechos y por lo tanto también obligaciones, respecto a su paternidad.**

* Mejora la **equidad**, ya que se impedirán diferencias evitables, específicamente las de género.

* Facilita un **poderoso efecto replicador**, ya que las pacientes y sus familias, luego de esta experiencia positiva, podrán demandar por similares servicios de atención humanizada.

* Auspicia el **mejoramiento de las competencias** de los equipos de trabajo.

* Logra el **mejoramiento de la satisfacción de los pacientes** por la calidad de atención recibida.

* Aumenta la **satisfacción de los trabajadores** por lograr un mejor vínculo terapéutico.

* Valora la importancia de **provocar y planificar el cambio** del modelo de atención.

* Se **anticipa a la creciente demanda** de atención por aumento de la prematuridad.

* Aumenta la **legitimidad**, por la conformidad con las incipientes preferencias sociales.

* Se suma al **cumplimiento de legislación** sobre derechos de los pacientes.

* Se inscribe dentro de la **“ética en la humanización de las relaciones”**, con los pacientes y entre profesionales.

Pero para lograr este cambio, el HEMIAG, deberá tener en cuenta que tendrá que sortear complejas dificultades ya que se potencian las de índole cultural, las de gestión y las de formación de los recursos humanos. Son éstos los factores críticos del éxito del programa.

Generalmente la propuesta de reformas en el sector público de la salud ha sido insensible a las consideraciones culturales de las organizaciones y por ello los resultados no han sido todo lo exitosos y sostenibles que se preveía. **Por lo tanto, no podrá aplicarse genuinamente el modelo MSCF, en el HEMIAG, si se ignora su cultura organizacional. La restricción a la entrada de los papás en la UTIN se asienta en el tradicional rol desempeñado en la sociedad por los varones frente a la paternidad.** Son preconceptos que han impactado vigorosamente en la gran mayoría de las acciones y pensamientos de los trabajadores del HEMIAG. Les es difícil incluir al usuario externo, al actor papá, pero con el agravante que ese actor no conoce y/o no expresa claramente su derecho a una paternidad plena, a participar en pie de igualdad que la madre, en el cuidado de su recién nacido. **Ambos son factores obstaculizadores a la implementación del cambio de modelo de atención: la cultura organizacional y la débil demanda social. Esto permite vislumbrar la complejidad de la tarea a abordar.**

El cambio de paradigma desde el MMH al centrado en la familia exige cambios a todos los actores. Para una sociedad como la bonaerense que está consolidando el proceso de ejercer su derecho a la salud y para instituciones burocráticas como los hospitales públicos, el desafío es cómo apuntalar y sostener la transformación del modelo de atención. **El Estado debe continuar sosteniendo la inclusión de la temática en la agenda pública y la sociedad revisando el rol subalterno y poco visible, en el que hace jugar al padre.**

Desde la gestión institucional, en el HEMIAG, hay que apuntalar el proceso buscando **profundizar el grado de adhesión del equipo de trabajo**, pero priorizando el esfuerzo en el factor crítico, el enfermeril, que es donde se ha identificado el núcleo duro de la resistencia. Es sobre los que están puestas las expectativas de adecuación de su rol a los cambios de época: la salud no se cuida únicamente intra muros hospitalarios y los ciudadanos deben ir aprendiendo a cuidarla. Es la enfermería, por su misión centrada en el “cuidado”, el actor clave para implementar este mandato, especialmente en las UTIN. La formación de dicho recurso enfermero en conocimientos, habilidades y actitudes preactivas al nuevo modelo de atención es prioritaria, fundándose en la que la capacitación debe ser permanente y transversal.

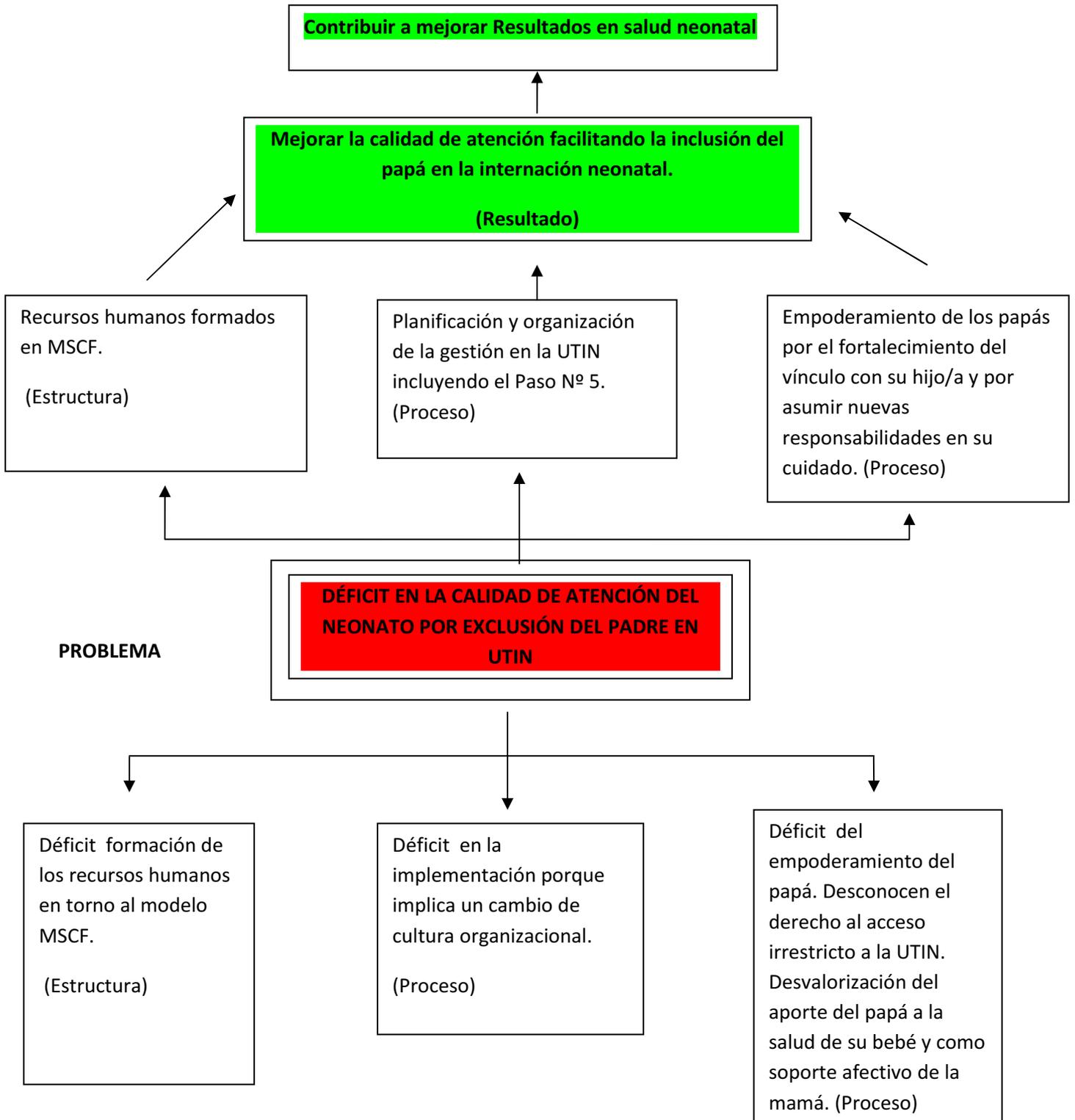
Otro factor crítico a asumir en el Hospital es **homogeneizar las competencias en torno a MSCF** entre neonatólogos y enfermeros, ya que según la Encuesta los conocimientos de los primeros son mayores, por lo que deberá reforzarse la formación de los segundos para que no se ahonde la brecha de poder en el Servicio. Esta reflexión no exime a los médicos de que necesitan también ellos reforzar sus competencias ya que todavía hay algunos profesionales que no tienen el cabal conocimiento del alcance del modelo MSCF.

La UTIN es un espacio tradicionalmente femenino, ya que históricamente ha estado regido por condicionantes de género. Este factor obstaculizador está transformándose en facilitador porque son las madres las que están coincidiendo, según la encuesta realizada en el HEMIAG, en que es bueno para sus hijos e incluso para ellas mismas que el papá pueda hacerse cargo de su rol paterno desde el primer momento de vida de sus bebés, y es más, que es bueno que las ayuden a sostener la vida de sus pequeños, mientras están atravesando el difícil trance de la internación. A pesar de que algunos hombres van incluyéndose en la Revolución Masculina, no está generalizado el reconocimiento del padre como agente de salud psicobiológica, en tanto sostén de la díada madre-bebé. Deben pasar de ser “colaboradores” a “co-protagonistas” de la crianza de sus hijos/as, y para ello es imprescindible que se derriben las barreras institucionales que les dificultan el ejercicio de este empoderamiento, que se va gestando a partir del contacto extenso con su bebé.

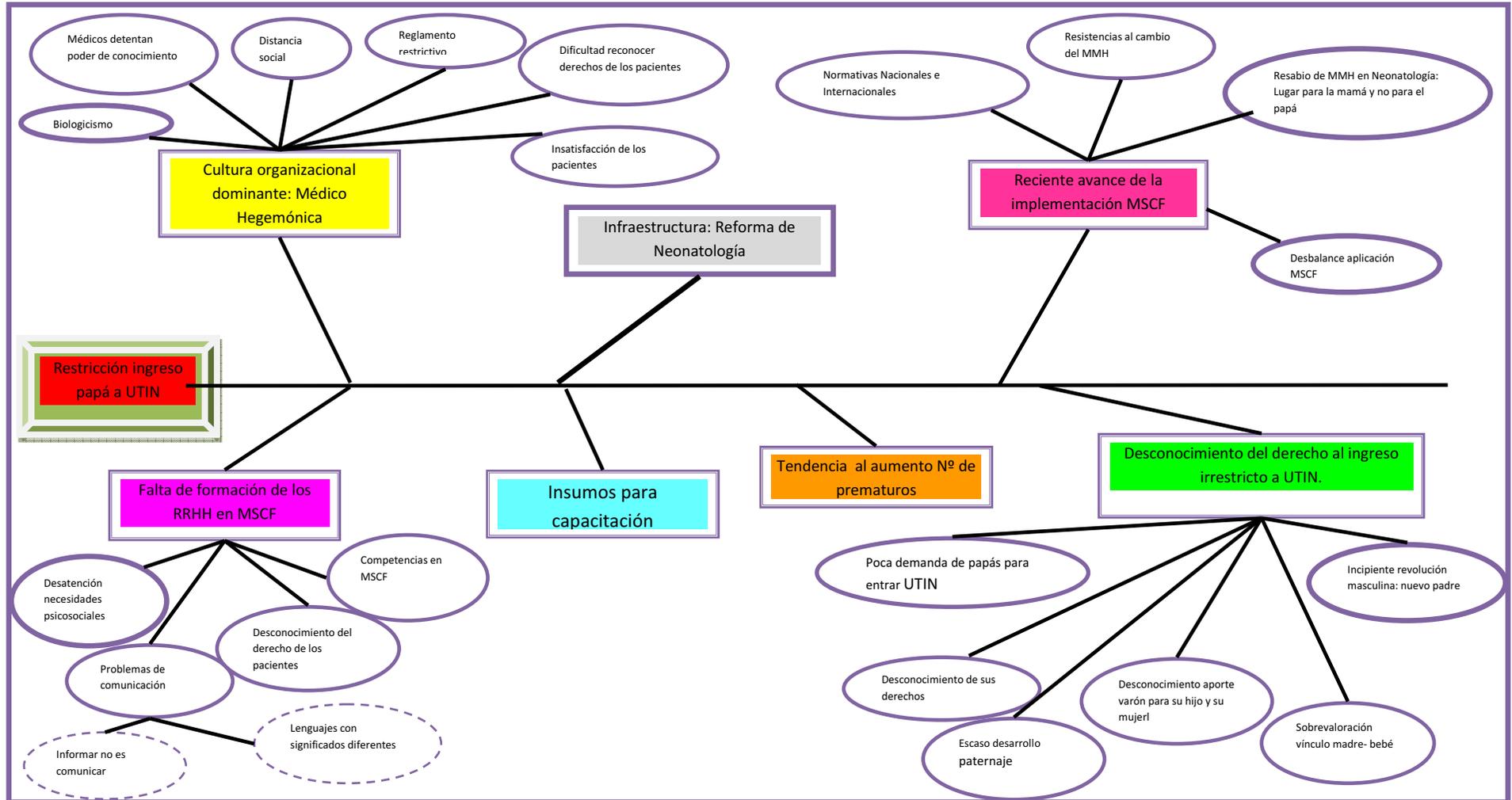
La cultura organizacional impacta en el desempeño organizacional del HEMIAG: que solamente el 10% de los papás participe en el cuidado de sus hijos es un problema, y más cuando el 100% de las mamás lo demanda y que sólo la mitad de las enfermeras lo aprueba cuando lo hace el 100% de los neonatólogos plantea la complejidad de la tarea. El HEMIAG debe todavía trabajar para cambiar su cultura. Cambiar una cultura no es tarea fácil: requiere decisión y conducción, recursos, tiempo, confianza, capacidad de mejorar su vínculo con el entorno.

Institucionalizar las MSCF es un problema de salud pública, en el marco de brindar servicios de calidad con equidad. Ya está en la agenda política del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires pero es una problemática que todavía debe ascender en el ranking de temas de la agenda social y convertirse en genuina demanda a las organizaciones sanitarias. **Los servicios hospitalarios deben planificar este cambio, a partir de reconocer sus fortalezas y debilidades culturales y organizacionales, sensibilizando y capacitando permanentemente a sus trabajadores, pacientes y familiares en torno al derecho humano al acceso a la atención sanitaria de calidad. Asimismo evaluando sistemáticamente la satisfacción de los pacientes por la atención recibida y también la conformidad de los trabajadores por la atención brindada.**

ANEXO ÁRBOL DE PROBLEMAS



ANEXO MATRIZ CAUSA –EFECTO



ANEXO REINGENIERÍA DE PROCESOS

Descripción del procedimiento actual (antes del Proyecto de intervención):

Nº	Actividad	Responsable	Soporte	Frecuencia	Conexiones	Observaciones Descripción de la actividad
1	Ingreso del papá a UTIN	Enfermería	Verbal	Diaria	Médicos y Seguridad	El papá debe tocar un timbre. Hay Reglamento que limita la entrada cuando hay limpieza, amamantamiento o procedimientos médicos. Normalmente debe esperar horas para poder ingresar. Cuando lo hace su permanencia es breve. Las escasas excepciones están dadas por los papás que tienen muy claro su derecho a ingresar y lo hacen valer.

Descripción del procedimiento después del Proyecto de intervención:

Nº	Actividad	Responsable	Soporte	Frecuencia	Conexiones	Observaciones Descripción de la actividad
1	Ingreso del papá a UTIN	Enfermería	Verbal	Diaria	Médicos y Seguridad	<p>El papá no debe tocar un timbre. No hay Reglamento que limita la entrada. Normalmente no debe esperar para poder ingresar. Cuando lo hace su permanencia es tan prolongada como el bebé, el papá y/o la mamá necesitan.</p> <p>El personal de seguridad sólo controla la identidad del papá pero no impide su acceso al 1º piso, donde está UTIN.</p> <p>La medición del cumplimiento se hará en el momento del alta médica, donde el neonatólogo/a preguntará si funcionó el ingreso irrestricto del padre y si no fue así consultará por los motivos del mismo. Si fueran por órdenes dadas en el Hospital se pedirá que se identifique el servicio de donde emanó la orden. Se capacitará específicamente.</p>
2	Capacitación del papá en cuidado de su bebé.	Enfermería	Verbal	Diaria	Médicos	La enfermera enseña los principales cuidados de un RN. Indicadores de alarma. Mecanismos de resucitación.
3	Capacitación de los RRHH	Responsable MSCF	Esc., Dig., verbal.	Mensual	Comité de Inv. y Docencia	Los/as trabajadores UTIN reciben capacitación en Derechos de los pacientes y MSCF.

ANEXO METODOLÓGICO

<p>Para el análisis de la Estructura se aplicará una Encuesta Anónima a los RRHH de neonatología:</p> <p>Neonatólogas/os que conocen la filosofía de MSCF. Neonatólogas/os que conocen los 10 Pasos de MSCF. Enfermeras/os que conocen la filosofía de MSCF. Enfermeras/os que conocen los 10 Pasos de MSCF.</p>
A) POR FAVOR INDIQUE SI ESCUCHO HABLAR DEL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA: (SI/ NO)
B) MARQUE CON UNA CRUZ CUALES DE ESTOS PASOS SON NECESARIOS PARA IMPLEMENTARLO:
1) Lavado de manos de padres y equipo de salud, antes de entrar en neonatología.
2) Reconocer el concepto de Maternidad Segura y Centrada en la Familia como una política de la institución.
3) Que los padres entren a neonatología con el camisolín para cuidar que el bebé no se infecte.
4) Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal.
5) Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto.
6) Que los padres no entren a ver a sus bebés cuando hay alguna mamá de otro bebé amamantando.
7) Priorizar la internación conjunta madre-hijo sano con la participación de la familia.
8) Que los padres reciban capacitación para cuidar a sus bebés.
9) Facilitar la inclusión de la madre y padre y del resto de la familia en la internación neonatal.
10) Que el Servicio de Neonatología cuente con elementos para la reanimación del recién nacido.
11) Contar con Residencia para Madres.
12) Cumplir con la Ley de los Derechos del Recién Nacido.
13) Contar con un servicio de voluntariado.
14) Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.
15) Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.
16) Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones para la transformación en Maternidad Segura y Centrada en la Familia.
17) Contar con un adecuado sistema de derivaciones a otros servicios de mayor complejidad.
18) Contar con un adecuado sistemas de alarma para identificar a tiempo las complicaciones que pueden sufrir los recién nacidos.
19) Contar con el suficiente número de enfermeras por paciente.
20) Contar con adecuados programas de capacitación y actualización médica.

II) Para el análisis del Proceso se administrarán Encuestas a:

a) Al papá cuyo bebé esté internado en Neonatología. Características: Anónimo, Administrado al momento del Alta en Neonatología, Nº de papás: 30. Período mayo/julio 2011. Lo realiza un administrativa/o, Condición: Que haya tenido a su bebé internado más de tres días.

CUESTIONARIO

Fecha:

Edad del papá:

Nacionalidad del papá:

Nivel de escolaridad:

Trabaja: SI NO

Es el primer hijo/a?: SI NO

Situación de pareja:

- Estable/convive
- Estable/no convive
- Separados
- Separación durante el embarazo
- Inestable.

Accesibilidad

- 1) Cuántos días estuvo internado su hijo/a ? Días...
- 2) Pudo entrar a verlo todas las veces que usted quiso? SI/NO
- 3) Si no pudo, cuál fue el motivo?.....
- 4) Podría decirme en qué días no pudo entrar?
- 5) Podría decirme en qué horarios no pudo entrar?
- 6) Podría decirme quién le dificultó la entrada? Médico/a; Enfermera; Personal de limpieza; Administrativo/a; Otros.

Interacción

- 7) Al entrar a ver a su hijo, pudo tenerlo en sus brazos? SI/NO.
- 8) Si no lo pudo tener en brazos, por qué fue?.....
- 9) Tiene Ud. derecho a entrar cuando quiere a ver a su bebé? Si/No. Por qué?

b) A las madres que tienen internados sus bebés en UTIN.

Nº de Encuestas: 30

Fecha:

Edad de la mamá:

Nacionalidad de la mamá:

Nivel de escolaridad:

Trabaja: SI NO

Es el primer hijo/a?: SI NO

Situación de pareja:

- Estable/convive
- Estable/no convive
- Separados
- Separación durante el embarazo
- Inestable

- 1) Cree ud. que el papá del bebé desea entrar a visitarlo mientras está en Neonatología, en cualquier momento del día?
- 2) Le comentó el papá del bebé que cuando quiso visitarlo no pudo hacerlo porque alguien le dificultó la entrada a Neonatología?
- 3) Tendría ud. algún inconveniente en que mientras amamanta a su bebé en Neonatología, entre el papá de otro bebé?
- 4) Pudo entrar ud. en neonatología todas las veces que lo deseó?

c) Al personal del equipo de salud del HEMIAG.

Entrevistas a 10 neonatólogos y 15 enfermeras.

Fecha:

Servicio donde trabaja:

Función: Neonatóloga/o

Enfermera/o

Años que se desempeña en el Servicio de Neonatología o en Servicio de Enfermería en Neonatología:

- 1) Cree ud. que es bueno que el papá entre a visitar a su hijo en Neonatología, en cualquier momento del día? SI/NO
- 2) Si la respuesta es No indicar por qué.
- 3) Qué hacen con sus bebés los papás que entran a visitarlos a Neonatología? (Los miran, los abrazan, los acarician, les hablan, etc). Puede anotar respuesta múltiple.
- 4) Ud cree que al padre le gustaría tener mayor relación con su bebé?
- 5) Por qué?
- 6) Cree que tiene derecho a entrar cuando quiere a ver su bebé? Si/No. Por qué?

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. UNICEF. FUNDACIÓN NEONATOLÓGICA PARA EL RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA. Maternidades seguras y Centradas en la Familia. Conceptualización e Implementación del modelo. Año 2011. Argentina. Los diez Pasos son: 1) Reconocer el concepto de MSCF como una política de la institución. 2) Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal. 3) Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto. 4) Priorizar la internación conjunta madre-hijo sano con la participación de la familia. 5) Facilitar la inclusión de la madre y padre y del resto de la familia en la internación neonatal. 6) Contar con Residencia para Madres. 7) Contar con un servicio de voluntariado. 8) Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar. 9) Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN. 10) Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones para la transformación en MSCF.
- ² MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2004. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Argentina.
- ³ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, UNICEF, FUNDACIÓN NEONATOLÓGICA ARGENTINA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ. Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Año 2011. Argentina.
- ⁴ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. www.deis.gov.ar.
- ⁵ SAP y UNICEF. Salud materno-infanto-juvenil en cifras. Año 2009. Argentina.
- ⁶ MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Diagnóstico de las Regiones Sanitarias 2007-2008. Dirección de Información Sistemática. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Provincia de Buenos Aires. Año 2009.
- ⁷ SAP y UNICEF, op. cit.
- ⁸ LOMUTO, Celia. Prematurez en la Argentina. Año 2009. En www.imbiomed.com.
- ⁹ LOMUTO, Celia. Diagnóstico de situación de la mortalidad materna, fetal e infantil. Alianza Argentina para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. OPS. UNICEF. Año 2006.
- ¹⁰ OPS/OMS. Maternidad Sardá. El modelo de MSF. Experiencia del HMIRS. Estudio de buenas prácticas. Año 2008. Argentina.
- ¹¹ BRUNDI, M, y otros. Contacto piel a piel madre/hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Año 2006. Argentina.
- ¹² GOODING J,S; COOPER L,G; BLAINE A.I., FRANCK L,S; HOWSE J.L.; BERNS S.D. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. Semin Perinatol. Año 2011.
- ¹³ MENÉNDEZ, E. Modelo Médico hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988. 30 de abril a 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.
- ¹⁴ COMELLES, J.M. y MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología social y la Medicina. Programa de investigaciones sobre antropología cognitiva. CONICET. Argentina.
- ¹⁵ ALLUÉ, M. Perder la piel. Editorial Seix Barral. Año 1996. Barcelona. España.
- ¹⁶ MENÉNDEZ, E. Los modelos médicos y la práctica médica. Conflictos, contradicciones y transiciones. En CAÑEDO, L. y PERROTTA, O. Salud y Enfermedad en Méjico. Año 1979. Méjico.
- ¹⁷ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. UNICEF. FUNDACIÓN NEONATOLÓGICA PARA EL RECIÉN NACIDO Y SU FAMILIA. Maternidades seguras y Centradas en la Familia. Conceptualización e Implementación del modelo. Año 2011. Argentina.
- ¹⁸ Investigaciones realizadas en el HEMIAG por la Lic. Alicia OIBERMAN desde hace 20 años han logrado que con el trabajo denominado "Nuevo instrumento de evaluación de la vinculación madre-bebé durante la internación neonatológica", su autora, la Lic. Soledad Santos ganara el 1º premio en el Congreso de Neonatología en el año 2010.
- ¹⁹ LARGUÍA, M. et alter. Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Año 2006. Argentina.
- ²⁰ OIBERMAN, A. Padre-bebé: inicio de una relación. UNLP. Año 1998. Argentina.
- ²¹ Movimiento de la Atención Centrada en la Familia (FCC) y Academia Americana de Pediatría (AAP).
- ²² SPADAFORA, S. y OTERO, A. "La calidad en el Sector Salud" Universidad ISALUD. Año 2011. Pág 43, 44.
- ²³ OIBERMAN, A. Revista Observatorio de la maternidad. Nº 6. Junio 2009. Argentina.

- ²⁴ OIBERMAN, A. Padre –bebé. Inicio de una relación. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. Año 1998. Argentina. Investigación realizada en el HEMIAG, durante década del '90.
- ²⁵ OIBERMAN, A. Padre –bebé, 1998, op. cit.
- ²⁶ LARGUÍA, M. et alter. Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Año 2006. Argentina.
- ²⁷ ALONSO, T. y otros. Opinión de los padres sobre la estancia de sus hijos en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Acta Pediátrica española, 59 (3):141-147. Año 2001.
- ²⁸ SCHEPER-HUGUES, N. Tres propuestas para una Antropología crítica, en Social Science & Medicine, Vol. 30, Nº2. Año 1990.
- ²⁹ TAUSSIG, M. Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Editorial Gedisa. Año 2000. Barcelona.
- ³⁰ NIERI, L. Paternidad y maternidad: Aproximaciones psicológicas y socioculturales. Universidad de Palermo. Año 2011. Argentina.
- ³¹ NIERI, L. Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología matemática y experimental. CIIPME-CONICET. Año 2009. Argentina.
- ³² SINAY, S. Ser padres es cosa de hombres. Redescubriendo y celebrando la paternidad. Editorial del Nuevo Extremo. Año 2010. Argentina.
- ³³ OPS/OMS. MATERNIDAD SARDÁ. El modelo de MSF. Experiencia del HMIRS. Estudio de buenas prácticas. Año 2008. Argentina.
- ³⁴ SPADAFORA, S. Introducción a la Gestión de organizaciones proveedoras de Servicios de Salud. Universidad ISALUD. Año 2008. Argentina.
- ³⁵ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Resolución 348/2003 el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Argentina.
- ³⁶ SPADAFORA, S. y OTERO, R. "La calidad en el Sector Salud" Universidad ISALUD. Año 2011. Argentina.
- ³⁷ REALE, A. y SPADAFORA, S. Programa de mejora permanente de la calidad. Universidad ISALUD. Año 2007. Argentina.
- ³⁸ SPADAFORA, S. Introducción a la gerencia. Universidad ISALUD. Año 2010. Argentina.
- ³⁹ SPADAFORA, S. Introducción a la gerencia. Universidad ISALUD. Año 2010. Argentina.
- ⁴⁰ SPADAFORA, S. Planificación en Salud. Universidad ISALUD. Año 2010. Argentina.