

ANEXO 1

Manual para la aplicación del instrumento de evaluación del modelo MSCF

Test rápido de los 10 pasos

Manual para la autoevaluación de la Iniciativa MSCF

El modelo ‘Maternidades Centradas en la Familia’ (MSCF) constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva, aunque no planificada o anticipatoria. En sus inicios, la maternidad incorporó diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras; poco a poco, estas prácticas fueron articulándose como piezas de un proceso complejo y en evolución continua (Uriburu et al. 2008). En los últimos años, se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. Inspirados en la “Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, creada por OMS-UNICEF en el año 1991 para promover la Lactancia Materna en las Maternidades e implementada en Argentina desde 1994, se propone la presente Iniciativa Maternidades Centradas en la Familia. En el año 2007 se publicó la “*Guía para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*” (Largaía et al. 2007) donde se explicita el marco legal internacional y de Argentina que sustenta el concepto de MSCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las Maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”. A fines del año 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Representación Argentina, edita el libro “El modelo de Maternidad Centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas” donde se describe el modelo de MSCF implementado en la atención neonatológica de ese Hospital, se identifican factores críticos positivos y negativos y se extraen lecciones aprendidas a partir del estudio de caso. Ambas publicaciones ponen énfasis en qué y cómo pueden realizarse acciones para lograr el cambio hacia una MSCF, pero no proponen mecanismos de evaluación de las actividades desarrolladas. El presente manual tiene como fin facilitar la evaluación del grado de cumplimiento de los 10 pasos que toda Maternidad debiera cumplir para ser considerada una MSCF. Tiene como objetivo, no sólo cuantificar del grado de cumplimiento de cada paso, sino verificar de manera ordenada los aspectos que se cumplen y, especialmente, aquellos en los que surgen dificultades de manera de orientar a las autoridades y al equipo responsable en la planificación de acciones necesarias para la implementación de la iniciativa MSCF en la institución. Se suma el objetivo MSCF.

Descripción original del manual

El manual contiene 10 secciones, cada una de las cuales tiene como fin evaluar el grado de cumplimiento de cada Paso. Cada sección contiene el marco--□teórico conceptual sobre el cual se estructura la evaluación, las dimensiones y aspectos a incluir en la evaluación del grado de cumplimiento de cada paso.

Antecedentes

La primera propuesta para la evaluación del modelo MSCF consistió en una encuesta, la cual fue desarrollada por un grupo de expertos de la maternidad Sardá sobre la base de los 10 pasos del modelo. La validez aparente y de contenido de la encuesta fue revisada de manera independiente y en talleres de encuentro de estos expertos, en los que se analizó la claridad y pertinencia de cada pregunta (validez aparente) así como la medida en que los aspectos incluidos representaban adecuadamente los contenidos de cada uno de los pasos (validez de contenido). Esta primera versión de la evaluación fue probada en 8 maternidades de la República Argentina en el año 2009. Este estudio permitió revisar y mejorar el método para el análisis de los resultados de la evaluación y la cuantificación del grado de cumplimiento de cada paso en cada una de las maternidades. Asimismo, una vez realizada la prueba de campo, cada uno de los entrevistadores participantes evaluó la claridad de cada una de las preguntas del cuestionario así como de las escalas de evaluación empleadas. Sobre la base de los resultados de esta meta-evaluación y una revisión exhaustiva del modelo, se propuso una nueva versión del instrumento de evaluación, el cual se describe en detalle en el presente manual.

Propósito del Manual

El propósito de este manual es proveer asistencia técnica a los profesionales responsables de la evaluación de las maternidades interesadas o decididas en transformarse en MSCF. El manual constituye un material complementario al instrumento y debe ser empleado junto con éste de manera de facilitar su correcta aplicación. El manual debe ser utilizado luego de los talleres de sensibilización del modelo MSCF así como una herramienta de asistencia técnica en el momento mismo de la autoevaluación. Para cada uno de los pasos y criterios se provee información con el propósito de ayudar al equipo MSCF de cada institución a comprender los aspectos y conceptos esenciales. Se presentan sugerencias para evaluar el grado de cumplimiento de cada uno de los criterios. El objetivo de la autoevaluación es conocer el grado de avance en cada uno de los 10 pasos de la Iniciativa y servirá de base para adaptar los talleres de fortalecimiento de la replicación de la Iniciativa a cada contexto e idiosincrasia locales. Con el fin de generar información lo más fidedigna posible, se constituirán equipos ‘ad hoc’, para **responder por consenso** las preguntas de cada paso, buscando la representación de los actores clave en la implementación de las actividades correspondientes. En este sentido, planteamos la siguiente recomendación de perfiles a incluir en cada encuentro. Los responsables de conducción de cada centro podrán invitar a otros actores que consideren apropiados para enriquecer el diálogo y la información sobre la que se consensuen las respuestas.

Paso I

Pasos 1 y 10

Cultura Institucional y Derrame Regional Dirección y/o Subdirección Médica. Jefatura de Enfermería. Jefaturas de División Obstetricia y Neonatología. Jefatura de Departamento de Urgencias. Jefaturas de Consultorios Externos de Obstetricia y Pediatría. Jefatura de Obstétricas. Jefatura de Salud Mental.

Reconocer el concepto de Maternidades Centradas en la Familia como una política de la Institución

Introducción

Como todo cambio cultural, la implementación del modelo MSCF requiere de una política y compromiso institucional, el que se traduce en el consenso y convencimiento por parte de las autoridades sobre la relevancia y necesidad de desarrollar acciones de MSCF, la existencia de un presupuesto destinado para tal fin y la presencia de un equipo interdisciplinario que lidere las acciones necesarias. La ausencia de este compromiso demostró ser una de las barreras más difíciles de superar, ya que deben romperse, en numerosas ocasiones, diversas resistencias de todo el equipo de salud; como por ejemplo el miedo o la minusevaluación del ‘rol auditor’ de la tarea asistencial por parte de las familias, la hegemonía médica –y sus prácticas de atención, la relación con sus pacientes y familias, su comunicación, etc.- y las dificultades presupuestarias o de asignación de recursos humanos. Los profesionales que *necesariamente* deben participar en la redacción de la respuesta son: a. el/los Director/es Médico/s de la institución; b. los jefes de los Servicios de Salud directamente involucrados en la implementación de la iniciativa MSCF (Servicio de Ginecología y Obstetricia; Servicio de Neonatología). La participación de los jefes de otros servicios, como por ejemplo, Salud Mental, Enfermería, Asistencia Social así como de otros profesionales del equipo de salud, es optativa y queda sujeta al criterio de las autoridades de la institución. Sin embargo, la cantidad de personas entrevistadas no debe superar 8.

Criterio I.4: ¿Hay un equipo multidisciplinario formalmente constituido que lidera y coordina las actividades de MSCF? *Evaluación del criterio:* Para evaluar el criterio, es necesario que el equipo evalúe tanto la existencia de un equipo multidisciplinario *formalmente constituido*¹ en la institución. En ocasiones, existe un equipo multidisciplinario, pero los jefes de servicio no se involucran o apoyan directamente sus actividades o éste ha sido informalmente constituido.

Orientación para evaluar el criterio

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	Existe un equipo multidisciplinario formalmente constituido en la institución que lidera y coordina acciones. El equipo está constituido por profesionales de distintos servicios (Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Enfermería, Salud Mental y/o Asistencia Social).
3	Cumplimiento	Existe un equipo multidisciplinario formalmente constituido en la institución que lidera y coordina acciones. Si bien el equipo está constituido por profesionales de distintas disciplinas, algunos de los

¹ *Formalmente constituido* implica que los miembros del equipo han sido designados por los jefes del servicio y que se reconocen las actividades que realizan (cuentan con tiempo asignado específicamente a las actividades para la implementación del modelo o tienen reconocimiento monetario).

		servicios directamente involucrados en la implementación de la iniciativa, no están representados en este equipo.
2	Mínimo cumplimiento	No existe un equipo multidisciplinario formalmente constituido, aunque sí dos o tres profesionales que lideran y coordinan acciones. Algunos de los servicios clave no están representados en este grupo.
1	Ausencia de cumplimiento	No existe un equipo multidisciplinario formalmente constituido y ningún profesional lidera y coordina las acciones para transformar la maternidad en MSCF.

Paso II

Paso 2

Control Prenatal Jefaturas de Consultorios Externos de Obstetricia. Obstetras de Planta Turno Mañana. Obstetras de Planta Turno Tarde. Obstétrica del Área.

Apoyo a la embarazada y su familia durante el control prenatal

Introducción

Toda MSCF facilita la asistencia al control prenatal mediante diversas estrategias que priorizan la participación de la embarazada y su familia, la educación para la salud, así como la protección de los derechos de la embarazada, tanto durante la consulta como en su preparación para la maternidad. La evaluación del cumplimiento de este paso requiere de dos miradas: por un lado, la del equipo de salud, y por otro, de las embarazadas. En ocasiones estas miradas son discordantes (por ej. el equipo de salud tiende a sobre evaluar sus acciones y el grado de cumplimiento de los criterios es mayor al estimado a partir de las respuestas de las embarazadas). La existencia de discordancia debe ser tomada en cuenta al momento de planificar las actividades para la implementación de la iniciativa

Criterio II.2.d (EI-ES): En los controles prenatales, ¿se brinda información precisa y detallada sobre los métodos de planificación familiar para utilizar luego del parto? ¿Se aconseja a la embarazada y su pareja (cuando ésta está presente) sobre las distintas alternativas posibles? *Orientación para evaluar el criterio* Es muy importante que el equipo evalúe cada uno de los aspectos que se incluyen en la pregunta, ya que su grado de cumplimiento depende de la medida en que se cubren cada uno de estos temas durante el control prenatal.

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	En el control prenatal, el equipo de salud aborda en detalle y de manera precisa los aspectos referidos a la procreación responsable, tanto con la embarazada como con su pareja: detalla cada método de anticoncepción, las alternativas disponibles, responde sus preguntas.

3	Cumplimiento	En el control prenatal, el equipo de salud explica a la embarazada y su pareja aspectos centrales referidos a la procreación responsable (pero no entra en detalle en cada método).
2	Mínimo cumplimiento	En el control prenatal, el equipo de salud NO explica a la embarazada y su pareja los aspectos referidos a la procreación responsable y si lo hace, es de manera muy superficial (sólo menciona).
1	Ausencia de cumplimiento	En el control prenatal, el equipo de salud NO menciona en lo más mínimo el tema relacionado con la procreación responsable.

Criterio II.2.e: En los controles prenatales, ¿se le recomienda a la embarazada para que participe en los cursos de preparación para la Maternidad y se le explica su importancia y utilidad? ¿Se le informa sobre las alternativas y horarios disponibles? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	La recomendación de estos cursos a las embarazadas constituye una práctica instituida en el equipo de salud: se <i>recomienda fuertemente</i> a todas las embarazadas la realización de los cursos de preparación para la maternidad y se preocupa y hace esfuerzos para que participen. La embarazada recibe información, se la estimula fuertemente a participar, y se les explican las distintas alternativas posibles de manera de promover su participación.
3	Cumplimiento	El equipo de salud informa a las embarazadas sobre la existencia de los cursos de preparación para la maternidad así como alternativas para su realización. La embarazada recibe información sobre los cursos y se les explican alternativas posibles.
2	Mínimo cumplimiento	El equipo de salud sólo menciona a las embarazadas acerca de la existencia de los cursos de preparación para la maternidad. La embarazada recibe información sobre la existencia de los cursos pero no alternativas posibles para su realización.
1	Ausencia de cumplimiento	El equipo de salud no hace mención alguna a los cursos de preparación para la maternidad en los controles prenatales. Si surge el tema en las consultas, es por iniciativa de la embarazada, y no del equipo de salud. La embarazada no es informada sobre la existencia de los cursos o si lo es, es porque ella demanda la información.

Criterio II.3: ¿Se promueve la participación activa a las obstétricas en la atención y seguimiento de los embarazos de bajo riesgo? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El equipo de salud de la institución promueve fuertemente la participación activa de las obstétricas en el control y seguimiento de embarazos de bajo riesgo. Prácticamente todos los embarazos de bajo riesgo son seguidos por este grupo.
3	Cumplimiento	El equipo de salud de la institución promueve la participación de las obstétricas en el control y seguimiento de embarazos de bajo riesgo. En algunas ocasiones, los embarazos de bajo riesgo son seguidos sólo por este grupo.
2	Mínimo cumplimiento	El equipo de salud de la institución NO promueve la participación de las obstétricas en el control y seguimiento de embarazos de bajo riesgo. Salvo excepciones, las obstétricas no suelen participar en estos controles.

1	Ausencia de cumplimiento	El equipo de salud de la institución desalienta la participación de las obstétricas en el control y seguimiento de embarazos de bajo riesgo. Los embarazos de bajo riesgo son seguidos por médicos toco-ginecólogos.
---	--------------------------	--

Paso III

Paso 3

Trabajo de Parto, Parto y Cesárea. Jefaturas (Medicina y Enfermería) Centro Obstétrico. 2 Médicos Internos Jefes de Guardia. Jefatura de Unidad Neonatología. Obstétrica del Área. Voluntaria del Área.

Respetar las decisiones de las embarazadas y su familia en el trabajo de parto y parto

Introducción

Toda MSCF estimula la *presencia de un acompañante en el trabajo de parto y parto, tanto normal como patológico*. Esto les brinda *apoyo emocional* (presencia continua, tranquilidad, contención y comodidad); *información sobre el progreso* del trabajo de parto y *consejos* sobre técnicas de control (esto requiere una preparación previa a lo largo de la gestación –apoyándose, por tanto, en el paso 2). Se alienta, para los partos de bajo riesgo, la implementación de Salas TPR (por ‘Trabajo de Parto’, ‘Parto’ y ‘Recuperación’), espacios con ambientación hogareña de fácil acceso para las mujeres en trabajo de parto y sus familiares acompañantes, que contribuyen a “desmedicalizar” el parto normal, reduciendo la ansiedad y el estrés consecuente y facilitando su desarrollo. En el caso de ocurrir alguna complicación, se tiene una adecuada conexión con el centro obstétrico (hay que remarcar que tanto el modelo como sus defensores, apuntan a descomplejizar la atención, como ya ha dicho, pero **no consideran apropiado** el regreso a los partos domiciliarios). *Se estimula a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos, posiciones en el parto*. En cuanto a la tarea del equipo de salud (que **no puede ser reemplazada** por el acompañante), es importante resaltar el rol de las **Obstétricas**, profesionales universitarias preparadas especialmente para la asistencia, contención y apoyo del parto normal. La OMS (WHO, 1997) las reconoce como las profesionales más costo-efectivas para el cuidado en el parto normal –su cuidado disminuye las intervenciones-, por lo que debe priorizarse su actividad, reservando a los médicos especialistas ‘sólo’ el manejo de los partos patológicos. Se estimula el *vínculo temprano madre-hijo* (no separación y contacto temprano piel a piel madre-hijo; especialmente en presencia del padre) y la *Lactancia Materna precoz* (paso 4 de la Iniciativa Hospital Amigo⁴, que ha demostrado aumentar las probabilidades de lograr y mantener una lactancia exitosa), controlando a la mujer y el recién nacido, pero demorando las habituales rutinas de examen neonatal. Asimismo, deben evitarse las maniobras intempestivas en la recepción (como aspiración de secreciones e introducción de sondas por orificios naturales, para descartar patologías congénitas, en ausencia de antecedentes o sintomatología sugestiva).

Estructura edilicia acorde al modelo MSCF

III.1.a. Salas de trabajo de parto y parto acorde al modelo MSCF

Conductas del equipo de salud sustentadas en el respeto a los derechos de la madre, el padre y su hijo

Al igual que en otras etapas de la atención, el equipo de salud debe velar por el respeto de los derechos de la madre y su hijo recién nacido. Los siguientes criterios valoran la medida en la que se pone en práctica el derecho al acompañamiento de la embarazada durante el trabajo de parto y parto así como la medida en la que el equipo de salud mantiene un trato respetuoso y amable con la mujer, la informa sobre el estado del recién nacido y le permite permanecer junto a él.

Criterio III.1.b: Durante el trabajo de parto, ¿se permite y estimula el acompañamiento continuo de la madre por una persona de su confianza? En ausencia de familiares, ¿la institución cuenta con acompañantes voluntarias? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El equipo de salud SIEMPRE permite y estimula el acompañamiento de la mujer en trabajo de parto por una persona de su confianza; en situaciones en las que no existen familiares cercanos, se dispone de acompañantes voluntarias* para que cumpla esta función durante TODO el trabajo de parto.
3	Cumplimiento	En general, el equipo de salud permite el acompañamiento de la mujer en trabajo de parto por una persona de su confianza; en algunas ocasiones, cuando no existen familiares cercanos, las acompañantes voluntarias acompañan a la madre en algún momento del trabajo de parto.
2	Mínimo cumplimiento	El equipo de salud permite el acompañamiento, aunque no de manera continua. No se dispone de alternativas en situaciones en ausencia de familiares directos o personas del entorno de la mujer.
1	Ausencia de cumplimiento	El acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto no está permitido en la institución (ni por familiares ni por acompañantes voluntarias).

(*)= no poseen responsabilidades asistenciales, sólo tienen una función de acompañamiento.

Criterio III.2.n (EI-PUERP): ¿Pudo ver, tocar y poner a su bebé sobre su piel apenas nació? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	SIEMPRE se inicia el contacto piel a piel madre-hijo <i>de manera temprana</i> . Las madres pueden ver, tocar y poner a su hijo sobre su piel desde el momento de su nacimiento.
3	Cumplimiento	En general, se inicia el contacto piel a piel madre-hijo de manera temprana aunque, en ocasiones, sólo se permite ver, tocar y poner a su hijo sobre la piel luego de realizarle los controles correspondientes.
2	Mínimo cumplimiento	En general, se les permite ver a los bebés, pero sólo se les permite tocarlos y ponerlos sobre la piel una vez realizados los controles correspondientes.
1	Ausencia de cumplimiento	Siempre o casi siempre se realizan primero los controles y luego se permite a las madres ver y tocar a sus hijos.

Los responsables de la Recepción del RN en sala de partos han sido entrenados en RCP y el sector está adecuadamente equipado Sociedad Argentina de Pediatría (S.A.P.).0

Criterio III.3 (EI-PUERP): ¿Pudo dar de mamar a su bebe, y la ayudaron a hacerlo dentro de la primera hora del nacimiento? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El equipo de salud trabaja activamente para que la madre inicie la lactancia en la primera hora de vida, asistiéndola en todas sus dudas y supervisando que el inicio sea exitoso.
3	Cumplimiento	El equipo de salud recomienda a la madre que inicie la lactancia en la primera hora de vida.
2	Mínimo cumplimiento	El equipo de salud no participa en el inicio de la lactancia materna, sino sólo cuando la madre manifiesta tener dudas o dificultades para el amamantamiento.
1	Ausencia de cumplimiento	Al momento del nacimiento, ningún miembro del equipo de salud se ocupa de explicarle a la madre como se encuentra su hijo.

Paso IV

Paso 4

Internación Conjunta Jefaturas de Unidad Obstetricia y Neonatología. Jefatura de División Neonatología. Jefatura de Enfermería. Médico/a de Planta de Obstetricia. Médico/a de Planta de Neonatología. Obstétrica del Área.

Priorizar la Internación conjunta madre- hijo/a sano con la participación de la familia

Introducción

La iniciativa MSCF promueve fuertemente la estadía conjunta del binomio madre-hijo sanos o con patologías leves. La interacción precoz y continua en el período crítico que sucede al nacimiento de las personas condiciona pautas de comportamiento recíproco favorables. El RN tiene mecanismos de comunicación esenciales para el establecimiento del necesario vínculo y apego entre padres e hijos. En hospitales públicos o instituciones que no pueden ofrecer habitaciones individuales con el necesario apoyo por los agentes de salud las 24 horas del día, se recomienda la internación conjunta de las madres con sus hijos recién nacidos sanos en salas grupales. La internación conjunta madre-hijo sano, en salas grupales, además de establecer un vínculo-apego adecuado, permite la integración en comunidad con otros binomios que podrán colaborar con la contención durante la permanencia en la institución. Asimismo, esto posibilita las acciones de Educación para la Salud y la implementación de intervenciones como las de promoción de lactancia materna en el marco de Hospital Amigo de la Madre y el Niño (Paso 8 de esta Iniciativa).⁴ En el mismo sentido, la transmisión de contenidos docentes en forma grupal tiene mayor impacto al ser compartido y un efecto multiplicador por los aportes individuales o las preguntas que surgen de la audiencia. Debe facilitarse, además, el

acompañamiento durante la internación y la visita de padres y demás familiares, como continuación de los momentos previos y durante el parto y preparación del regreso al hogar.

Criterio IV.1.b.: Luego del nacimiento, ¿permanece el recién nacido junto a su madre durante toda la internación? ¿Se los separa durante el examen físico u otros procedimientos? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	Luego del nacimiento, el recién nacido permanece SIEMPRE con su madre. NUNCA se lo separa, ni siquiera cuando son examinados o se realiza algún procedimiento.
3	Cumplimiento	Luego del nacimiento, el recién nacido permanece la mayor parte del tiempo con su madre; en general, no se lo separa, aunque sí en algunas ocasiones para realizar el examen clínico del recién nacido.
2	Mínimo cumplimiento	Luego del nacimiento, el recién nacido permanece con su madre; aunque se lo separa frecuentemente, por distintas razones, como por ejemplo, para realizar el examen clínico del recién nacido.
1	Ausencia de cumplimiento	Luego del nacimiento, el recién nacido permanece en un sector separado (la “nursery”).

Criterio IV.1.c: ¿Se permite un acompañante para la madre en caso de que haya tenido una cesárea? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El equipo de salud SIEMPRE permite el acompañamiento de la mujer que presentó una cesárea mientras ésta se encuentra internada. El acompañante puede estar con ella en todo momento durante la internación.
3	Cumplimiento	En general, el equipo de salud permite el acompañamiento de la mujer que presentó una cesárea mientras ésta se encuentra internada. El acompañante puede estar con ella la mayor parte del tiempo durante la internación, aunque en ocasiones se les pide que se retiren.
2	Mínimo cumplimiento	En general, el equipo de salud NO permite el acompañamiento de la mujer que presentó una cesárea mientras ésta se encuentra internada. No pueden tener acompañantes, aunque en ocasiones esto sí se permite.
1	Ausencia de cumplimiento	No se permite el acompañamiento de la mujer que ha presentado una cesárea.

Paso V

Paso 5

Internación Neonatal Jefatura de División Neonatología. Jefatura de Unidad Neonatología. Jefaturas de Enfermería Turno Mañana y Turno Tarde. Neonatólogo/a de Planta. Jefatura de Voluntariado. Psicólogo/a del Área.

Facilitar la inclusión de madre y padre y el resto de la familia en la Internación Neonatal.

Introducción

Durante la internación neonatal, el servicio debe promover activamente la participación de la familia y facilitar el ingreso irrestricto del padre y la madre en la Internación Neonatal; es decir, sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, aún, a los de cuidados intensivos. Asimismo, se debe facilitar el contacto con otros miembros de la familia, como medidas para apoyar a los padres de los niños internados (en el caso de los *abuelos*) y elaborar la aceptación del nuevo miembro y sus particularidades, las ausencias parentales –para la asistencia a la maternidad- y preparar, en el más deseado de los casos, el regreso a casa (en el caso de los *hermanos*). El servicio debe organizar e instrumentar los medios para que tanto abuelos como hermanos realicen *las visitas programadas*.⁷ Es importante que todos los familiares, antes de su ingreso a la unidad, sean entrenados en el lavado de manos de manera de garantizar la seguridad de los recién nacidos internados. El equipo de salud debe promover fuertemente el contacto de la familia con el recién nacido. Se debe estimular a los padres para que realicen el contacto piel a piel (CoPaP) de manera temprana. En recién nacidos prematuros o de bajo peso, aún en aquellos menores a un kilo, se debe estimular la implementación del CoPaP, permitiendo la salida precoz y transitoria de la incubadora lo más temprano posible. Con relación a los padres, no sólo se les debe permitir su ingreso, sino también, estimularlos a participar activamente, cuando sea posible y así lo deseen, en el cuidado de su hijo, por ejemplo, a través de la realización de procedimientos de baja complejidad como la alimentación por ‘gavage’ por sonda naso u oro gástrica. La información sobre diagnóstico, pronóstico y evolución deberá ser un proceso continuo y progresivo, que incluya las preguntas de los padres, desde el comienzo de la internación hasta el momento del egreso de la unidad. Siempre se les informará de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza. El equipo de salud deberá contener emocionalmente a los padres en todo momento, pero en particular en situaciones de crisis, como en caso de fallecimiento del recién nacido o enfermedad de gravedad extrema. En estos casos, el servicio deberá disponer de una estrategia de contención; es decir, contar con personal especializado, entrenar al equipo de salud y contar con pautas específicas de actuación frente a estas situaciones. Desde el ingreso a la unidad, se buscará favorecer, la alimentación precoz con leche materna y, posteriormente, la Lactancia, a través de la explicación a la madre de la importancia de la leche materna para el crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Criterio V.1.a: Durante la internación neonatal, ¿se facilita el ingreso y permanencia de la madre con su hijo/a toda vez que lo desee, sin límites de tiempo? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	Las madres pueden ingresar a la unidad en todo momento y permanecer con sus hijos el tiempo que deseen. El ingreso es irrestricto.
3	Cumplimiento	En general, las madres pueden ingresar a la unidad en todo momento y permanecer con sus hijos, aunque en ocasiones, se les limita la entrada (por ejemplo, en caso de realizar algún procedimiento en la sala).
2	Mínimo cumplimiento	Las madres pueden ingresar a la unidad, aunque, varias veces se les limita la entrada y/o el tiempo que pueden permanecer con su hijo.

1	Ausencia de cumplimiento	En general, las madres tienen restricciones para ingresar a la unidad y permanecer con sus hijos: cuentan con horario y tiempo de visita determinado.
----------	--------------------------	---

Criterio V.3: El equipo de salud, ¿informa los beneficios, explica y estimula a la madre para que realice el contacto piel a piel con su hijo internado? (COPAP) *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El equipo de salud SIEMPRE informa sobre los beneficios, explica y estimula a la madre para que realice el contacto piel a piel con su hijo internado. <u>Es una práctica instituida en el servicio.</u>
3	Cumplimiento	En general, la mayoría de los miembros del equipo de salud informan y explican a la madre para que realice el contacto piel a piel con su hijo, aunque, no siempre.
2	Mínimo cumplimiento	En general, la mayoría de los miembros del equipo de salud NO suelen estimular a la madre para que realice el contacto piel a piel con su hijo. Se les permite visitarlos y verlos, pero no se suele <i>estimular</i> el contacto.
1	Ausencia de cumplimiento	El equipo de salud NUNCA estimula a la madre a realizar el contacto piel a piel con su hijo. Se les permite visitarlos y verlos, pero no se <i>permite</i> el contacto.

Paso VI

Paso 6

Residencia de Madres Jefatura de Voluntariado a cargo de RM. Psicólogo/a del Área. Trabajo Social. Jefatura de Unidad Neonatología.

Contar con una Residencia de Madres que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados

Introducción

La Residencia de Madres es un componente central de la iniciativa. El voluntariado hospitalario posee un rol primordial en la transformación de las maternidades tradicionales al modelo centrado en la familia. Toda maternidad que cuente con una residencia de madres bien organizada permitiría: Evitar la separación de las madres y sus hijos en momentos críticos; Favorecer la construcción de un vínculo madre - hijo sólido; Fortalecer la autoestima de madres afectadas por sus partos prematuros o las enfermedades de sus hijos; Incorporar a las madres al equipo de profesionales de la Salud, participando del cuidado de sus hijos, con el doble beneficio de descomprimir la carga de trabajo de enfermería y brindar la atención más “personalizada” posible... Permitir la presencia continua de la madre y el acceso a métodos y asistencia para la extracción de leche humana –destinada a sus hijos-

cuando es necesario de manera de favorecer el mantenimiento de la Lactancia Materna; Generar un espacio de Educación para la Salud, preventivo y anticipatorio a los cuidados que deberán prestarle a sus hijos y a ellas mismas –ie. salud sexual y reproductiva- luego del alta y de asistencia psicológica para padres en crisis. El cumplimiento de este paso está estrechamente ligado al compromiso de las autoridades para disponer un espacio físico y asignar recursos humanos y materiales a la construcción y mantenimiento de la residencia así como a la existencia en la maternidad de un voluntariado dispuesto a contribuir y comprometerse con la tarea (paso 7).

Criterio VI.1.a: La existencia de una residencia de madres, ¿es un aspecto prioritario dentro de los planes y actividades de la institución? ¿Cuenta la maternidad con una residencia? En caso de respuesta negativa, ¿consideraron la posibilidad de hacerlo? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	La Maternidad cuenta con una residencia de madres ya que el/Los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de una residencia de madres es un aspecto prioritario dentro de los planes y actividades de la institución.
3	Cumplimiento	El/Los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de una residencia de madres es un aspecto importante, aunque no prioritario dentro de los planes y actividades actuales de la institución (existen otras prioridades). Sin embargo, igualmente se ha tomado la decisión de crearla.
2	Mínimo cumplimiento	El/Los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de una residencia de madres NO es importante ni prioritario para la institución, aunque reconocen que podría llegar a crearse en algún momento.
1	Ausencia de cumplimiento	El/Los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de una residencia de madres NO es importante ni prioritario para la institución, por lo que consideran que no existe ninguna posibilidad de crearla ni ahora ni en un futuro mediano.

Paso VII

Paso 7

Voluntariado Jefatura de Voluntariado. Psicólogo/a del Área. Jefatura de Unidad Neonatología. Trabajo Social. Administrativo/a.

Contar con un Servicio de Voluntariado Hospitalario

Introducción

La iniciativa MSCF exige y necesita de la participación activa y solidaria de la comunidad. Esta puede expresarse en forma organizada a través de servicios de voluntarios. Sus integrantes poseen la cualidad principal de brindar tiempo y energía para ayudar al prójimo y ofrecer contención emocional sin prejuicios ni. La existencia de esta disposición por parte de miembros de la comunidad a participar como voluntarios en una residencia de madres es un aspecto clave para su adecuado funcionamiento. *El Voluntariado Hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas/madres y sus familias en todas las áreas de la Maternidad y en la Residencia de Madres.* El objetivo primordial del Servicio de Voluntarias es brindar apoyo y comprensión a las madres para que ellas puedan cuidar a sus hijos. Sus funciones incluirán (sin estar restringidas a): organizar y supervisar el funcionamiento; orientar e informar a las embarazadas y madres; derivarlas oportunamente a los equipos de salud interdisciplinarios; entregar ropa, pañales, elementos de higiene, medicamentos y viáticos; organizar reuniones de Educación para la Salud, de laborterapia; promover el control post-alta para prevenir la deserción posterior. En el HMIRS, la introducción de la residencia de madres, se realizó contando de antemano, con el apoyo de las “Damas Rosadas de San Isidro”. Ellas continúan, hasta la fecha, siendo las responsables de su organización y funcionamiento. Sin embargo, experiencias de replicación posteriores han mostrado que esta asistencia no sólo es complementaria sino indispensable (en nuestro país, existen ejemplos de maternidades con residencia de madres que, por no prestar atención a la formación del Servicio de voluntarias y no han tenido el éxito esperado con su puesta en marcha).

Criterio VII.1.a: La existencia de un servicio de voluntariado que trabaje para MSCF, ¿es un aspecto prioritario y valorado dentro de los planes y actividades de la institución? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El/los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de un servicio de voluntariado es un aspecto prioritario dentro de los planes y actividades de la institución, por lo que se trata de un servicio sumamente valorado por las autoridades.
3	Cumplimiento	El/Los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de un servicio de voluntariado es un aspecto importante, aunque no prioritario dentro de los planes y actividades actuales de la institución (existen otras prioridades). Valoran su existencia en alguna medida.
2	Mínimo cumplimiento	El/Los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de un servicio de voluntariado NO es importante ni prioritario para la institución, aunque reconocen que podría llegar a crearse en algún momento.
1	Ausencia de cumplimiento	El/Los Director/es Médico/s considera/n que la creación y/o mantenimiento de un servicio de voluntariado NO es importante ni prioritario para la institución, por lo que consideran que no existe ninguna posibilidad de crearla ni ahora ni en un futuro mediato.

Paso VIII

Paso 8

Alta Conjunta y Seguimiento Ambulatorio Jefaturas de Consultorios Externos de Obstetricia y Pediatría. 2 Médicos de Planta del Área (Obstetricia y Pediatría).

Organizar el seguimiento de la Madre y de su hijo recién nacido sano y especialmente el de riesgo luego del alta en Consultorios Externos especializados que prioricen la inclusión familiar

Introducción

Toda maternidad segura y centrada en la familia debe supervisar el seguimiento alejado de los recién nacidos, garantizando el acceso de la madre y el recién nacido a los servicios de salud luego de ocurrida el alta hospitalaria, y, en el caso de los recién nacidos de riesgo, facilitando y estimulando, en todo momento, la participación de la familia. Referenciar alta conjunta y guía de prematuro El momento del alta hospitalaria representa una gran oportunidad para las maternidades para garantizar y fortalecer el acceso de la madre y su hijo a los servicios de salud. En numerosas ocasiones, luego del alta, se pierde el contacto con las madres, lo que incrementa la probabilidad de que no se detecten y traten precozmente complicaciones del puerperio o de los primeros días de vida en el caso del recién nacido. Asimismo, el alta representa una oportunidad para asesorar a los padres sobre aspectos relacionados a la planificación familiar y nuevos embarazos. Si bien durante la internación conjunta estos aspectos deberían ser abordados, el equipo de salud debería verificar que todas las madres hayan sido adecuadamente asesoradas. El alta a la madre y su hijo debería ser dada simultáneamente (conjunta) por miembros del servicio de obstetricia y de neonatología, de manera de evitar contradicciones, garantizar la calidad de información que recibe la madre sobre el cuidado de su salud y la de su hijo, y coordinar el control del seguimiento dentro de las 48 horas de producida el alta. Con relación al seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo, debe tenerse en cuenta que el primer año de vida es crítico por su crecimiento y desarrollo rápidos, y es vital dar consignas y pautas claras a la familia sobre los cuidados necesarios. Las indicaciones deberían ser siempre individualizadas, flexibles, modificables y sensibles a variaciones del estado neuro-psico-motor dinámico del bebé, en forma específica. Como estrategia docente que estimule el intercambio entre familias que se encuentran en situaciones similares y apelando al efecto multiplicador de las charlas y talleres grupales, pueden organizarse encuentros para padres, con el fin de tratar temas como^{6, 7} el desarrollo cognitivo; la nutrición; la higiene y puericultura; la prevención de accidentes; primeros auxilios (incluyendo reanimación cardiopulmonar); asesoramiento en gestión de trámites, subsidios y beneficios; otros temas que surjan de la contribución de las otras especialidades y temas relacionados con la crianza (por ejemplo, límites, sueño, estimulación, juegos y juguetes, aprendizajes y pérdidas). Guía para Padres de Prematuros. Los Años formativos www.funlarguia.org.ar.

Prácticas efectivas y seguras

Criterio VIII.3.a.: ¿Dispone la maternidad de un equipo de profesionales de los servicios de obstetricia y neonatología especialmente entrenados para dar el alta a la madre y al bebé en una única entrevista? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El alta conjunta es una práctica ya establecida en la maternidad. SIEMPRE es realizada por un equipo de profesionales, pertenecientes a los servicios de obstetricia y de neonatología quienes, en una única entrevista con los padres, dan el alta a la madre y su hijo.
3	Cumplimiento	No existe un equipo de profesionales especialmente entrenados en esta tarea, aunque la mayor parte de las veces el alta es realizada de manera conjunta por algún miembro del servicio de obstetricia y otro de neonatología .
2	Mínimo cumplimiento	La maternidad no dispone de un equipo de profesionales especialmente entrenados en esta tarea. La mayor parte de las veces el alta es dada de manera separada por algún miembro del equipo de obstetricia y otro del servicio de neonatología .
1	Ausencia de cumplimiento	La maternidad no dispone de un equipo de profesionales ; las altas las da un único profesional (del servicio de obstetricia ó del de neonatología).

Criterio VIII.3.c.: ¿Se le explica a la madre dónde y cuándo debe realizar su primer control y el de su hijo una vez que se va de alta? ¿Se le da día y horario de control? *Orientación para evaluar el criterio*

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	Al momento del alta, SIEMPRE se le explica e indica a la madre el lugar donde deberá concurrir para hacer su primer control y el de su hijo, y SIEMPRE se la cita dentro de las 48 horas (se le da un día y horario de control).
3	Cumplimiento	Al momento del alta, la mayoría de los profesionales le explican e indican a la madre el lugar donde deberá concurrir para hacer sus controles y se le recomienda lo haga dentro de las 48 horas.
2	Mínimo cumplimiento	Al momento del alta, sólo se dan indicaciones generales sobre el primer control (se le recomienda que realice su primer control y el de su hijo, pero no se especifica que debe hacerlo dentro de las 48 horas o adónde debe concurrir).
1	Ausencia de cumplimiento	Al momento del alta, no se dan indicaciones a la madre en relación a su primer control y el de su hijo.

Paso IX

Paso 9

Otras Iniciativas (HAMN) Jefaturas de División Obstetricia y Neonatología. Jefatura de Enfermería del Área. 2 Miembros del Staff.

Trabajar activamente en la promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”

Introducción

Toda MSCF debe trabajar activamente en el fortalecimiento de la Lactancia Materna con el fin de lograr la acreditación de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa Iniciativa. Módulo de Capacitación MSP / UNICEF En relación con la Promoción de la Lactancia Materna, toda MSCF debe aspirar a lograr la acreditación realizada por el equipo del “Hospital Amigo de la Madre y el Niño” (IHAMN). Esta iniciativa fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud y Unicef en diciembre del año 1991. La IHAMN cuenta con una sistemática de implementación, auto-evaluación, monitoreo y acreditación externa de la estrategia de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna a distintos niveles: mundial, nacional e institucional. Desde su lanzamiento, 156 países evaluaron y nominaron en algún momento por lo menos un establecimiento como “Amigo del Niño”. En la Argentina, actualmente hay 56 hospitales acreditados, 5 hospitales con compromiso de acreditación y 2 identificados.² La iniciativa MSCF se alinea con el propósito y objetivos de la IHAMN, reforzando sus esfuerzos para que las maternidades se propongan alcanzar los estándares establecidos para el fortalecimiento de las políticas de promoción de la lactancia materna. Para esto, incorpora como uno de sus pasos el trabajo activo en la institución de acuerdo a las pautas de la IHAMN. Las actividades de la MSCF se integrarán a las de la IHAMN, reforzando el cumplimiento de los 10 pasos establecidos por esta última iniciativa, dándola a conocer en aquellas maternidades en las que se desconozcan sus principios y criterios globales, promoviendo el auto-monitoreo y solicitud de re-acreditación en aquellos hospitales acreditados así como la auto-evaluación y solicitud de acreditación de aquellos que aún no lo hicieron. En la figura 1 se presenta el proceso de designación de Hospital Amigo de la Madre y el Niño y se indican aquellas etapas del proceso en las que la iniciativa MSCF intervendría para promover las acciones propuestas por la IHAMN y recomendar acciones para que el hospital trabaje o logre la acreditación.

Criterio IX.1: Acreditación como HAMN

Criterio IX.1:

1. ¿Conoce la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño por su apoyo a la lactancia (IHAMN)?
2. En caso de respuesta afirmativa, ¿se encuentra la maternidad acreditada como Hospital Amigo de la Madre y el Niño por su apoyo a la lactancia?
 - 2.1. En caso de estar acreditado, ¿realiza actividades de monitoreo propuestas por la IHAMN para mantener estándares?
 - 2.2. En caso de no estar acreditado, ¿ha elaborado alguna vez una auto-evaluación y un plan de acción para su implementación?

Orientación para evaluar el criterio

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total	El hospital se encuentra acreditado como HAMN y realiza acciones de monitoreo para el cumplimiento de estándares.

² Datos del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/hm/perin_hospital.htm

3	Cumplimiento	El hospital se encuentra acreditado como HAMN pero no realiza acciones de monitoreo para el cumplimiento de estándares o presenta un certificado de compromiso e implementó un plan de mejoras.
2	Mínimo cumplimiento	El hospital no se encuentra acreditado; realizó al menos una vez una auto-evaluación pero no desarrolló ni implementó mejoras.
1	Ausencia de cumplimiento	No conoce la iniciativa HAMN.

Paso X

Pasos 1 y 10

Cultura Institucional y Derrame Regional Dirección y/o Subdirección Médica. Jefatura de Enfermería. Jefaturas de División Obstetricia y Neonatología. Jefatura de Departamento de Urgencias. Jefaturas de Consultorios Externos de Obstetricia y Pediatría. Jefatura de Obstétricas. Jefatura de Salud Mental.

Recibir y brindar cooperación de y para otras Instituciones para la transformación en MSCF

Introducción

FUNLARGUÍA, con la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación y el apoyo de UNICEF, actualmente trabaja para la replicación del modelo en las maternidades públicas de nuestro país. A través de la iniciativa, se busca fortalecer y sostener los procesos de cambio y transformación de las maternidades así como ampliar el alcance del modelo a otros centros. La evaluación de este paso comprende acciones crecientes de involucramiento y capacitación. Estas acciones pueden desarrollarse en tres planos diferentes: individual, intra-institucional e inter-institucional. El plano individual se refiere a las acciones que realiza cada individuo, por iniciativa propia, para la transformación y consolidación del modelo MSCF; el plano institucional se refiere a las acciones que *desde la institución* se realizan para contribuir a la consolidación del modelo, dentro de su institución (plano intra-institucional) y fuera de su institución (inter-institucional). El mejor escenario está definido por una maternidad que, en el plano individual, los miembros del equipo de salud apoyan la implementación del modelo en la institución y en otras instituciones; estas acciones están alineadas con las de las autoridades de la institución, que apoyan la implementación del modelo dentro y fuera de la institución. Sin embargo, al momento de la evaluación debe tenerse presente que no necesariamente las acciones individuales e institucionales están alineadas.

Plano individual: Se refieren a acciones para consolidación del modelo MSCF que **resultan de la iniciativa de los individuos**. Cada miembro del equipo de salud, puede, individualmente: 1. Informarse, por ejemplo, a través de participar en una conferencia, ver un video o leer artículos; 2. Entrenarse a través de la participación en actividades formales de capacitación y/o de entrenamiento (por ejemplo, participando en talleres con expertos); 3. Dar a conocer el modelo por ejemplo, dando

conferencias, escribiendo algún artículo sobre el modelo; 4. Entrenar a miembros del equipo de salud de su institución; y 5. Entrenar a miembros del equipo de salud de otras instituciones. **Plano institucional:** Pueden reconocerse, a su vez, dos planos: el intra-institucional (acciones dentro de la misma institución) y el inter-institucional (entre instituciones). El primer paso de involucramiento a nivel institucional es el apoyo desde otras instituciones para la transformación de la institución en una MSCF.³ Una institución que da a conocer y ayuda a implementar el modelo en otras instituciones es un agente multiplicador del modelo MSCF.

Criterio X.1.a.: Recepción de apoyo técnico de otras instituciones para la transformación de la maternidad en MSCF

Desde la dirección de la institución, ¿se han establecido contacto y han generado vínculos y alianzas con otras instituciones para recibir apoyo técnico sobre el modelo MSCF y facilitar su implementación?

Orientación para evaluar el criterio

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	Tanto el Director Médico como los Jefes de los Servicios manifiestan que la maternidad ha hecho contacto con otras instituciones y generado vínculos y alianzas para facilitar la implementación del modelo en la institución.
3	Cumplimiento	Tanto el Director Médico como los Jefes de los Servicios manifiestan que la maternidad ha hecho contacto con otras instituciones, aunque aún no se han generado vínculos y alianzas más estables que faciliten la implementación del modelo en la institución.
2	Mínimo cumplimiento	No existe acuerdo entre el Director Médico y los Jefes de los Servicios acerca del contacto y vínculos establecidos con otras instituciones.
1	Ausencia de cumplimiento	Existe acuerdo en que no se ha establecido contacto alguno con otras instituciones para la implementación del modelo.

Criterio X.2.a.: Esfuerzos por conocer y entrenarse en el modelo MSCF

Orientación para evaluar el criterio

Puntaje	Detalle	Descripción
4	Total cumplimiento	El entrevistado refiere haber recibido información (conferencias, lecturas de materiales y/o videos) así como también haber participado en actividades de capacitación sobre MSCF (más de una).
3	Cumplimiento	El entrevistado refiere haber recibido información (conferencias, lecturas de materiales y/o videos) así como también haber participado alguna vez en una actividad de capacitación.

³ La excepción la constituyen la maternidad que creó el modelo (Sardá) o aquellas que lo implementen de manera independiente, sin ayuda externa.

2	Mínimo cumplimiento	El entrevistado refiere haber recibido información (conferencias, lecturas de materiales y/o videos) pero no participó en actividades de capacitación y/o entrenamiento.
1	Ausencia de cumplimiento	El entrevistado refiere NO haber recibido información (conferencias, lecturas de materiales y/o videos) y participado en actividades de capacitación y/o entrenamiento.