



Subsidios para Mejorar
la Ejecución de Programas



Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

REPORTE DEL DIÁLOGO DELIBERATIVO

BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN LA PROVINCIA DE SANTA FE: ESTRATEGIAS PARA SU ABORDAJE

ROSARIO

25 Y 26 DE NOVIEMBRE DE 2015

La iniciativa iPIER: Este trabajo forma parte de la iniciativa **Mejoras en la ejecución de programas a través de investigaciones acerca de dicha ejecución integrada** (iPIER), desarrollada por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El modelo iPIER coloca a los ejecutores de programas en el centro de una investigación con el objetivo de entender las fallas en los sistemas de salud que crean barreras a la implementación, así como permite identificar las soluciones a estas barreras. Las investigaciones sobre la ejecución integradas en los procesos existentes apoyan la efectividad de los programas y políticas de salud eficaces a través de la utilización de la investigación que se llevó a cabo como parte del proceso de implementación. Una descripción detallada de la aplicación de la metodología de investigación se incluye en el documento conceptual iPIER y en el proyecto RAMPAS.

El proyecto RAMPAS (Regionalización de la Atención Materno Perinatal. Alianza para Santa Fe): El objetivo general del proyecto RAMPAS es mejorar el desempeño de la política de salud materna e infantil en la provincia a través del diagnóstico sobre cómo se está implementando esta política, y construir un consenso entre los responsables políticos y las partes interesadas en un plan de acción para fortalecerla. Participan del proyecto: Alberto Simioni y Oraldo Llanos, de la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Silvina Ramos, Mariana Romero y Vanessa Brizuela, del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Edgardo Abalos y Jorgelina Novaro, del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), y Ricardo Gorodisch, de la Fundación Kaleidos.

Financiamiento: Este trabajo fue financiado por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR), de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) brindó cooperación técnica para el desarrollo de este proyecto. La Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe financió la logística de organización del Diálogo Deliberativo. Las opiniones expresadas aquí son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el criterio ni la política de la Organización Panamericana de la Salud.

Conflicto de Intereses: Todos los participantes del Diálogo Deliberativo declararon que no tienen conflictos de interés profesionales o comerciales relevantes para participar del mismo.

Agradecimientos: Los integrantes del proyecto RAMPAS agradecen a Marina Llobet, Licenciada en Comunicación Social, por las notas e imágenes de ambas jornadas, así como también a todos los participantes del Diálogo.

Cita: Grupo Colaborativo. Reporte del Diálogo Deliberativo: Barreras en la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de santa fe: estrategias para su abordaje.

Diálogo: El Diálogo Deliberativo se llevó a cabo los días 25 y 26 de noviembre de 2015 en la Sala Copérnico del Observatorio Municipal de Rosario, Parque Urquiza, Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, República Argentina.

TABLA DE CONTENIDOS:

1- Antecedentes:	4
La regionalización como estrategia de mejoramiento de la salud perinatal	4
La política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe.	4
El Problema: Barreras en la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe.	4
2- El Diálogo:	5
Introducción:.....	5
Diálogo Deliberativo: Barreras en la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe. Estrategias para su abordaje	6
Objetivos del Diálogo:	6
Insumos para el Diálogo:.....	6
Dinámica del diálogo:.....	7
3- Reporte del Diálogo:	7
Implementación de la política de regionalización de la atención perinatal: situación actual.....	7
Deliberación sobre el problema: principales barreras identificadas	8
Opciones para abordar el problema: intervenciones identificadas	11
Otras consideraciones	14
4- Participantes del Diálogo:	15
Participantes Externos	15
Proyecto RAMPAS	16
Veedores Externos	16

1- Antecedentes:

La regionalización como estrategia de mejoramiento de la salud perinatal

La regionalización de la atención de la salud es una política que coordina los servicios de salud dentro de un área geográfica sobre la base de acuerdos entre las instituciones y los equipos de salud. Se implementa con el fin de optimizar los recursos disponibles, utilizar las tecnologías y los procedimientos costo-efectivos y mejorar la calidad de la atención, basándose en el diagnóstico de los indicadores de salud de la población, los patrones de utilización de los servicios de salud, y la disponibilidad y capacidades de los recursos humanos, de la infraestructura y de las tecnologías en los servicios existentes. De esta manera, los programas de regionalización de la atención materno-perinatal se diseñaron con el fin de organizar los servicios para que las mujeres y los recién nacidos de alto riesgo tengan su atención en hospitales provistos con la experiencia y la tecnología requerida para asegurarles cuidados óptimos.

La política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe.

En 2007, la provincia de Santa Fe inició un proceso de reforma del estado que incluyó la regionalización del territorio, la descentralización administrativa en cinco regiones: Región 1 (Nodo Reconquista), Región 2 (Nodo Rafaela), Región 3 (Nodo Santa Fe), Región 4 (Nodo Rosario) y Región 5 (Nodo Venado Tuerto), y la planificación de políticas de largo plazo sostenidas en la participación ciudadana. A partir del 2009 se comenzó a trabajar en la regionalización de la atención perinatal, según acuerdo del 2008 en el Consejo Federal de Salud (COFESA). La implementación de esta política incluyó la evaluación de las maternidades que permitió categorizar a los efectores según el número de partos y el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) y la reorganización del sistema de traslados que garantizara la rápida llegada a los centros de más alta complejidad, según área geográfica y situación clínica.

El Problema: Barreras en la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe.

Algunos de los obstáculos para la implementación exitosa de las políticas de los sistemas de salud y la mejora de la provisión de los cuidados son intrínsecos a la naturaleza misma de la estrategia: esquemas de gobernanza, arreglos institucionales y financieros, cultura organizacional, disposición para el cambio de los actores o partes interesadas, disponibilidad y destrezas de los trabajadores de la salud, y aceptabilidad por parte de los usuarios. El diagnóstico del estado de situación del proceso de implementación de la política de regionalización de la atención de la salud perinatal en la Provincia, y la identificación de barreras y facilitadores para su ejecución se realizó en base a información primaria producida por el proyecto RAMPAS utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas. Las mismas se encuentran detalladas en el Resumen de Políticas, elaborado especialmente para ser utilizado como insumo principal por los participantes del Diálogo.

2- El Diálogo:

Introducción:

Los diálogos deliberativos constituyen un “mecanismo interactivo para compartir conocimientos”. El interés creciente en el uso de los diálogos deliberativos ha sido incentivado por el reconocimiento de la necesidad de “respaldo para la toma de decisiones” contextualizado localmente, en la que todos los actores pueden agregar valor significativo, y donde la evidencia de las investigaciones es sólo un aporte. Los diálogos deliberativos permiten que la evidencia de las investigaciones en políticas y programas de salud sea considerada junto a los puntos de vistas, las experiencias y los conocimientos tácitos de quienes están involucrados o son afectados por esas políticas o programas.¹ A través de un proceso de diálogo deliberativo facilitado, los participantes pueden deliberar sobre de los pros y los contras de cada uno de los enfoques propuestos, con el fin de conocer valores y supuestos. Al compartirlos se pueden identificar más claramente los principales puntos de acuerdo. Encontrar este terreno común es un primer paso hacia la creación de un plan de acción. Se tomó como premisa para la dinámica del Diálogo que los participantes diferenciaron las características de las del debate, según Buchanan y O’Neill² (2001):

DIÁLOGO	DEBATE
Colaboración	Oposición
Puntos en común	Puntos de divergencia
Escuchar para encontrar significado.	Escuchar para encontrar defectos o debilidades
Escuchar para llegar a un acuerdo	Escuchar para encontrar puntos para discutir.
Apertura para equivocarse	Determinación de tener la razón
Sopesar las alternativas	Ganar
Asume que los demás tienen piezas de la respuesta y todos pueden encontrar juntos	Asume que hay una respuesta correcta y alguien la tiene
Implica la preocupación por la otra parte	Involucra confrontar con la otra parte
Procura no ofender o enajenar	Menosprecia o desaprueba a otros

¹ Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S14 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S14. <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s14.pdf>

² Anne Buchanan and Mary O’Neill (2001). Inclusion and diversity: Finding common ground for organizational action. A Deliberative Dialogue Guide. Canadian Council for International Co-operation. 1 Nicholas Street, Suite 300, Ottawa, Ontario K1N 7B7.

Diálogo Deliberativo: Barreras en la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe. Estrategias para su abordaje

Respondiendo a la necesidad de un diálogo con representación provincial acerca del abordaje de las barreras para la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe, el proyecto RAMPAS organizó un Diálogo Deliberativo llevado a cabo los días 25 y 26 de noviembre de 2015 en la Sala Copérnico del Observatorio Municipal de Rosario, Parque Urquiza. Integraron el mismo 26 participantes externos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia (7), a los Nodos Reconquista (2), Rafaela (3), Rosario (11) y Venado Tuerto (3). Representantes del Nodo Santa Fe anunciaron con antelación su imposibilidad de asistir debido a compromisos previos. La convocatoria integró a participantes que habían presenciado durante el transcurso del año diversas dinámicas de encuentro y a nuevos invitados. Participaron como observadores un representante de Organización Panamericana de la Salud (OPS) y un representante del Ministerio de Salud de la Nación. Cinco de los integrantes del proyecto RAMPAS facilitaron los diálogos. Respecto al balance de géneros, 20 eran mujeres y 13 varones. Según sus disciplinas, participaron siete médicos obstetras o tocoginecólogos, cinco médicos neonatólogos, cuatro médicos pediatras, tres licenciados en enfermería, tres psicólogos, tres licenciadas en asistencia social (de las cuales una acudió como representante de las organizaciones de mujeres locales: el Consejo Asesor de SSyR), dos médicos generalistas, dos licenciados en comunicación social, un licenciado en antropología, un médico siquiatra, una socióloga y una contadora pública nacional.

Objetivos del Diálogo:

- 1- Poner en contexto, teniendo en cuenta las especificidades regionales (nodos administrativos de la provincia) y la visión de las distintas disciplinas, las principales barreras para la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal surgidas de la información producida por el proyecto RAMPAS.
- 2- Analizar, con los mismos criterios, las distintas opciones identificadas sobre las intervenciones para el abordaje de dichas barreras, considerando la factibilidad y los principios de equidad.

Insumos para el Diálogo:

Como principal insumo para el diálogo deliberativo se confeccionó un Resumen de Políticas.³ En el mismo se detallan los indicadores de procesos que reflejan la implementación de la política en los cinco nodos administrativos de la provincia, y los recursos existentes en las instituciones que realizan más de 100 partos al año en el territorio (diagnóstico de situación). El resumen enfoca en dos ejes principales:

- 1- La ponderación de las principales barreras para la implementación de la política basada en información primaria producida por el proyecto RAMPAS con técnicas cuali-cuantitativas.
- 2- La identificación y evaluación de las intervenciones dirigidas a sortear las barreras identificadas en las revisiones sistemáticas y meta-revisiones publicadas en la literatura.

³ Abalos E, Llanos O, Ramos S, Romero M, Simioni A. Resumen de políticas: Regionalización de la atención perinatal. Principales barreras para la implementación de la política en la Provincia de Santa Fe, y estrategias su abordaje.

Dinámica del diálogo:

En el Diálogo Deliberativo las conversaciones son protagonistas y fue fundamental el sentimiento compartido de "sentirse parte", que facilitó la participación activa de todos los integrantes. Un integrante del equipo del proyecto RAMPAS actuó como facilitador. El Diálogo se organizó siguiendo los mismos ejes conductores del Resumen de Políticas. Se presentaron a manera introductoria los indicadores del proceso de implementación de la política y la descripción de los recursos existentes para ilustrar el diagnóstico de situación, para enfocar luego en las barreras y las correspondientes intervenciones, objetivo del Diálogo. Sin embargo no se encasillaron las deliberaciones en secciones cerradas, sino que se permitieron todos los aportes que fueron emergiendo a lo largo de las dos jornadas por parte de los participantes.

3- Reporte del Diálogo:

Implementación de la política de regionalización de la atención perinatal: situación actual.

Al hablar de regionalización y territorialización, las conversaciones comenzaron a partir de los resultados comparativos de los **Indicadores I, II y III**⁴, y los recursos existentes a partir de la categorización de las maternidades presentados en el resumen de políticas. Se tomó nota de los aportes de los participantes respecto a la ponderación de las posibles barreras que explicarían el estado actual de la implementación de la política al considerar estos datos, las que fueron retomadas en la sección siguiente, donde se valoraron los resultados del análisis de barreras presentado en el resumen de políticas. Los principales puntos destacados en esta etapa del diálogo fueron:

- Los participantes reconocieron que a partir de la definición del Consejo Federal de Salud (COFESA) con presencia de todos los ministros de salud, recomendadas y avaladas por la OMS, las políticas de regionalización constituyen una herramienta para reducir la mortalidad materna y perinatal.
- Se aceptó la falta de indicadores de resultados en esta instancia de evaluación de procesos de

⁴ **Indicador I:** Porcentaje de bebés prematuros < 32 semanas y/o 1500 gr. nacidos en maternidades inferiores a Categoría IIIb. Este indicador se construye de la siguiente manera: número de nacidos vivos < 32 semanas y/o 1500 gr. de peso al nacer nacidos en maternidades no IIIb x 100 / número total de nacidos vivos < 32 semanas y/o 1500 gr. de peso al nacer.

Indicador II: Porcentaje de bebés prematuros < 35 semanas y/o 2500 gr. nacidos en maternidades inferiores a Categoría IIIa. Este indicador se construye de la siguiente manera: número de nacidos vivos > o = 32 semanas y < 35 semanas y/o > o = 1500 y < 2500 gr. de peso al nacer nacidos en maternidades no IIIa o no IIIb x 100 / número total de nacidos vivos > o = 32 semanas y < 35 semanas y/o > o = 1500 y < 2500 gr. de peso al nacer.

Indicador III: Porcentaje de mujeres con parto en maternidades sin Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de adultos que requirieron hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva. Este indicador se construye de la siguiente manera: número de mujeres que debieron ser trasladadas a UTI que tuvieron su parto en maternidades sin UTI x 100 / número total de mujeres que debieron ser trasladadas a UTI.

implementación. Sin embargo, se reconoció que en la actualidad hay sustento (de varios años) de implementación de la política de regionalización y que eventualmente se deben evaluar resultados clínicos.

- Los procesos de cambios son comprendidos como la llegada de un nuevo *status quo* que propone algo nuevo. Por ende y naturalmente producen resistencias porque los cambios producen temor e incertidumbre. Frente a esto se pudieron tipificar tres actitudes ante los nuevos procesos de modificación: los agentes de cambio (que promueven la idea, informan), los resistentes (que podrían actuar como obstaculizadores) y los neutros (que en el mejor sentido operan de manera positiva). Aparecen las corrientes instituidas y las instituyentes en términos de resistencia.
- Respecto al punto anterior, referentes de neonatología observaron que si bien no todos estaban de acuerdo, no pusieron impedimentos en la implementación de la política de regionalización.
- Se valoraron las diferencias notorias en las cinco regiones de la provincia, apreciándose el territorio y la concentración de partos en determinados lugares. Se puso en evidencia la relación de personal específico en cada contexto.
- Se enfatizó el hecho que el **Indicador III** no se pudo construir a partir de los registros habituales. Los datos referentes a la atención de la salud de la madre para obtener este indicador se encuentran fragmentados (sistemas de transporte, falta de registro de causas de traslado, falta de información del destino de la mujer trasladada). Se hizo foco en el sub-registro y la falta de capacitación en este tema. Este indicador (o su falta), es emblemático de la incapacidad de poder visibilizar a la mujer en el campo de la salud materno-infantil.

Deliberación sobre el problema: principales barreras identificadas

El Proyecto RAMPAS produjo información primaria sobre las barreras en el proceso de implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe. En el resumen de políticas se analizaron los resultados de una encuesta auto-administrada y anónima a participantes de los talleres de capacitación en elaboración de resúmenes de políticas llevados a cabo en Rosario y Santa Fe, y también aplicada en línea a través de una encuesta *Survey Monkey* a otros informantes clave de las cinco subregiones y pertenecientes a diversas disciplinas. En total, 116 participantes completaron la encuesta (59%). Se aplicó además una entrevista semiestructurada telefónica a una muestra intencional de 15 informantes clave. Las preguntas abordaron los problemas identificados con respecto a la atención de la salud materna y perinatal; la posición con respecto a la política de regionalización, las barreras y facilitadores a la implementación de la misma; y las recomendaciones para mejorar el diseño y la implementación de la política. De este análisis se ponderaron dos barreras principales:

- 1- Déficit en el sistema de referencia y contra referencia. Tanto en la evaluación del traslado, en quienes llevan a cabo el proceso del traslado en sí, como de quienes hacen la recepción. A partir del análisis de las encuestas, una de las barreras más frecuentemente mencionadas fue la falta de coordinación entre las instituciones para que las derivaciones ocurran en tiempo y forma.

- 2- Desconocimiento de la política de regionalización (por falta de información o comunicación inadecuada y oportuna) a los equipos y a la población.

Si bien hubo coincidencia en el grupo en la identificación del problema, el facilitador del diálogo invitó a los participantes a opinar sobre lo que falta, y si se debería incluir algo más de lo reportado sobre las barreras en el resumen de políticas para posteriormente analizar las posibilidades de intervención. Los principales puntos que se destacaron en esta etapa del diálogo fueron:

DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN:

- Se enunció la falta de comprensión de esta política por falta de información (el imaginario del personal de la salud fluctuaba entre pensar que ésta era una política nacional, o que los datos locales arrojaban números desfavorables, etc. En el trabajo diario no se tuvo una razón o un sentido para adherir a la política).
- Se buscaron las diferentes opciones y significaciones en relación a la "falta de conocimiento" y se planteó lo que "desconozco porque NO quiero"; se mencionaron intereses económicos, falta de escucha activa, carencias varias de acuerdo a las zonas geográficas. Comunicar cuando no se quiere y comunicar cuando no se sabe son dos enfoques diferentes en la barrera. Se mencionó la necesidad de identificar maneras de transacción permanente entre la población y los equipos de salud.
- Se enfatizó la necesidad de comunicar de manera continua en qué instancia del proceso de implementación nos encontramos y, debido a que no se pueden dar resultados, se mencionó como imprescindible la permanente comunicación para ver "dónde estamos parados". Convertirse en buenos transmisores de la información es parte del proceso.
- Por otra parte se mencionó la responsabilidad de quienes deben transferir la información. Se propuso esta metodología (diálogos) para facilitar este proceso y servir como modelo para construir confianza, y sostener el cambio como capacidades instaladas.
- Se llegó a la conclusión de que el "desconocimiento" tiene muchos matices posibles que implican todo lo dicho. Es una barrera que hace difícil la implementación de la política. En esta barrera se pondrá acento para la mejora de la implementación. Se planteó que se tenga en cuenta a la comunidad y a los equipos de manera no escindida, no dicotómica. La recomendación que tiene que ver con el desconocimiento, "nos permite sentirnos más parte, somos más con el mismo sentido en común".

CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS (RRHH):

- Referentes de enfermería mencionaron la necesidad de capacitación específica ya que a partir del proceso de regionalización el contacto con prematuros y prematuros extremos se hace más frecuente. Es decir, mayor cantidad de RRHH específicos para la alta demanda de atención.
- Referentes de una maternidad hacen saber que hay demandas fuertes de capacitación del RRHH no sólo en lo relacionado a la regionalización, sino a partir del concepto de "cultura organizacional", tomado por Maternidades Seguras Centradas en la Familia (año 2013) con los aportes de UNICEF. De allí nacen los pedidos de capacitación con la posibilidad del aporte de todos los integrantes del equipo de salud. En este caso, con ese material no sólo se utilizó la mirada del neonatólogo y el obstetra sino que se incorporó la de todos aquellos que tenían contacto con el servicio de neonatología.
- Se convocó (y cuestionó) a sumar en estos espacios a la Universidad Nacional de Rosario para la transformación, porque el modelo educativo tanto de pre-como de post-grado es central.

TRASLADOS:

- Se habló no sólo del traslado, sino de los vínculos entre las instituciones. La evidencia recogida y presentada muestra sólo lo que ha sucedido con los neonatos, sin mencionar a la familia ni a la madre (“Nadie está prestando atención a cómo vive esta situación la mamá, la familia”).

Al cierre de esta sesión los integrantes del diálogo deliberativo acordaron por unanimidad cambiar el orden del listado de problemas priorizados en el resumen de políticas de la siguiente manera:

1- Dificultades en la comunicación (incluyendo la capacitación de los RRHH).

2- Problemas con los traslados (incluyendo la capacitación de los RRHH).

El intercambio de opiniones fue apreciado, en general, de manera positiva en relación a la dinámica del primer día de trabajo, con alta valorización de la participación y del diálogo por parte de los participantes. Se destacó la importancia de dejar por escrito los contenidos del diálogo establecido. El proceso de conversación grupal permitió, al final de la primera sesión, el cambio de prioridades establecidas en el resumen de políticas, demostrando que las conversaciones llevan sus tiempos, que el intercambio genera nuevos conocimientos colectivos y que por esto debe dárseles la oportunidad.

Opciones para abordar el problema: intervenciones identificadas

Se analizó en la segunda sesión del diálogo la evidencia publicada sobre las opciones de intervenciones para abordar las barreras, identificadas y evaluadas en el resumen de políticas. El objetivo de esta sesión fue el de aportar las consideraciones del contexto local y las posibles ventanas de oportunidad acerca de lo que se ha estudiado en otros lugares.

TRASLADO MATERNO Y NEONATAL:

Se identificaron dos revisiones sistemáticas que evalúan el transporte materno, pero en ambas sólo se considera la segunda demora en la atención, es decir, el traslado desde la comunidad hasta el centro de atención de la salud. Sistemas de emergencias, utilización de valoraciones de riesgos, hogares de espera maternos y entrenamiento de la comunidad fueron las intervenciones analizadas. No existe evidencia publicada en relación al traslado de la madre de un efector de salud a otro de mayor complejidad, foco de interés del diálogo, dadas las características del sistema de salud de la provincia (99% de nacimientos institucionales).

Respecto al transporte neonatal, una revisión sistemática sin estudios incluidos focalizó en el tipo de entrenamiento necesario para el personal a cargo de los traslados. Ante la falta de evidencia específica proveniente de revisiones sistemáticas, el resumen de políticas analizó un consenso de expertos de reciente publicación en relación a los recursos, conocimientos y entrenamientos técnicos necesarios para los traslados de los neonatos de alto riesgo.

Los principales puntos a destacar en esta etapa del diálogo fueron:

- Los participantes acordaron en que la falta de información ES información, porque visibiliza la necesidad de generar evidencia sobre temas relevantes, colaborando en la formulación de nuevas preguntas.
- Si bien se reconoció que la evidencia disponible desde hace años prioriza el transporte de la madre con el bebé *in útero*, se deben pensar alternativas que consideren a la mujer que es trasladada y deja detrás una familia. Los hogares de espera maternos solucionan algunos aspectos, pero pueden traer problemas a la dinámica de vida cotidiana para algunas conformaciones familiares (cuidados de otros hijos y/o de enfermos y adultos mayores que suelen estar a cargo de las mujeres en los hogares), incluyendo el propio bienestar de las mujeres que en soledad y lejos de sus redes de contención primarias, acompañan a sus bebés en neonatología.
- Si bien se entendió este punto en particular, se apeló a utilizar un mismo lenguaje colectivo dentro de la red, priorizando el transporte materno sobre el neonatal. Se subrayó la necesidad de llegar a consensos sobre las necesidades y características de los traslados (estabilidad clínica de la madre, tiempos de traslados, valoración de riesgos, etc.) para la toma de decisión.
- Muchas de las barreras serían evitables si desde la atención primaria y la atención del embarazo se pudieran prevenir estas complicaciones. Instalar la prevención primaria como cuestión prioritaria

y permanente, atendiendo al contexto social de la madre.

- Respecto a la formación del personal del traslado neonatal, se mencionaron experiencias personales de diferentes capacitaciones con neonatólogos y capacitaciones en registros clínicos. Sin embargo también se mencionaron las dificultades de aprender de los otros.
- Hubo amplio acuerdo en que **es imprescindible hablar el mismo idioma para que los procesos se desarrollen sin conflictos**. Pensar en la construcción colectiva de identidad para actuar como una red, sin que los diferentes actores se “atrincheren” en la función específica de cada uno. Es decir, reconocer que hay aspectos que no son sólo del ámbito de la capacitación sino de la construcción de la identidad.
- **A modo de recomendación:** Los integrantes del diálogo acordaron recomendar a la gestión que se deben organizar acuerdos y guías para el traslado materno y neonatal dentro de la red provincial, incluyendo la capacitación técnica y el reaseguro de las condiciones para el traslado del neonato. Utilizar la evidencia directa actual sobre las valoraciones de riesgos para el transporte neonatal, y la evidencia indirecta disponible para la valoración de riesgos para el transporte materno.

DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN:

Se analizaron las diferentes intervenciones de comunicación y de mejoramiento de la calidad de atención detalladas en el resumen de políticas. Los participantes del diálogo acordaron que las actividades de capacitación y de comunicación están íntimamente relacionadas, por las que se evaluaron en conjunto en los diálogos. Las mismas incluyeron:

1. Intervenciones que optimicen el trabajo en equipos en el sistema de salud: a- Capacitación (simulaciones, entrenamiento en gestión de recursos, entrenamiento inter-profesional, entrenamiento de equipo), b- Utilización de herramientas (listas de verificación, hojas de metas, análisis de casos), y c- Intervenciones organizacionales (integración de los cuidados de salud, o intervenciones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención).
2. Comunicación dirigida a los equipos de salud y a los usuarios del sistema de salud: a- Diseminación al público de la información de rendimiento, b- Marco que se le da a la información (encadre por atributos o por objetivos), c- Factores asociados a la difusión de información sobre el rendimiento de los equipos de salud.
3. Intervenciones que optimicen el cambio de prácticas: a- Intervenciones persuasivas (mercadeo, uso de medios de comunicación, líderes locales de opinión y procesos de consenso local), b- Intervenciones educativas e informativas (distribución materiales educativos, reuniones educativas, visitas de extensión educativas e intervenciones terciadas en el paciente), c- Intervenciones de acción y monitoreo (auditoría y devolución, y recordatorios).

Los principales puntos a destacar en esta etapa del diálogo fueron:

- Se trabajó largamente en el tema del desconocimiento de la política, reflexionando que significaba simultáneamente muchas cosas. Informar y saber requieren un conjunto de estrategias para la comunicación efectiva, recuperando su complejidad para el momento de reflexión. Surgieron además las siguientes preguntas: ¿cómo se logra la internalización de los consensos en sentidos de hegemonía y cómo se logra que se transformen en hábitos y prácticas compartidas?, ¿cómo circula el prestigio y el poder en los equipos?, ¿cómo se construye la legitimidad?
- En los aspectos comunicacionales, se mencionó como indispensable pensar varios aspectos que tienen que ver con el formato, el canal y el contenido. Hay múltiples maneras de comunicar y son muy frondosas las posibilidades apelando a la creatividad en la distribución de esos mensajes. Sin embargo, una estrategia única para los distintos escenarios dentro de la provincia causará diferentes impactos, por lo que se mencionó que se deben pensar diferentes acciones adaptadas a los contextos locales.
- No repetir las estrategias en donde hay pocos momentos de encuentros en los equipos. La forma de organización de, por ejemplo, los hospitales, impide el espacio de encuentro de los profesionales obstaculizando la comunicación.
- Se debe evaluar la efectividad de la estrategia comunicacional y confrontarla con las inversiones de esfuerzo necesarias y los recursos disponibles. Los productos comunicacionales deberían ser el resultado de redes de conversaciones previas, dispositivos de diálogos, evaluaciones del contexto y la relevancia de la información que se va a utilizar.
- Se plantearon estrategias diversas de llegada a los equipos y a la comunidad en donde los intervinientes pueden ser personal del primero y segundo nivel. Se mencionaron las múltiples vías de trabajo en los hospitales, de diálogos, de recomendaciones en trasmisión oral y escrita. Se habló de las sensaciones y de lo que se "sabe" cuando se conocen resultados (entusiasmo, incentivos, mayor conciencia de la situación). La verbalización y la búsqueda de las palabras de manera asertiva.
- El reconocimiento de la heterogeneidad de las realidades de los barrios y de la población a lo largo de la provincia y sus pensamientos sobre imaginarios permiten conocer el tipo de llegada a la comunidad. Qué informar y cómo. Se concluyó que los trabajadores del sistema de salud podrían estar informando a los usuarios, y surgió la posibilidad de planificar intervenciones de información desde el primer nivel de atención. Sin embargo, otros integrantes del diálogo mencionaron la posibilidad de incorporación de miradas diferentes provenientes de profesionales de otras disciplinas, como la de comunicadores, sociólogos, antropólogos, etc.
- En lo referente a la capacitación de los RRHH, se reconoció que la cultura organizacional de las instituciones tiene su plan específico, un plan de cambio propio, anclado en la historia e idiosincrasia de la institución, en sus propias experiencias. Se propuso empoderar a todos los

afectados por la política (aun sin conocer resultados) dando funciones específicas.

- La evidencia sobre la efectividad de las intervenciones de capacitación de manera aislada dieron bajos resultados en términos de modificaciones de prácticas, por lo que se recomendó postular intervenciones multifacéticas (intervenciones combinadas) basadas en situaciones específicas.
- De todas las intervenciones evaluadas, hubo acuerdo en que la auditoría y retroalimentación combinado a talleres y recordatorios, son viables para promover y mantener los cambios de las prácticas en nuestro contexto. Se propuso la integración de los servicios como posibilidad de utilizar las capacitaciones en marcha, incorporando la política de regionalización, y agregar en ese seguimiento un indicador materno como medida de monitoreo, y resultados de impacto.
- Se mencionó la importancia de la devolución luego de los encuentros y capacitaciones en tiempo y forma oportuna, con responsabilidades compartidas y repartidas, encuentros regulares formales y con registros del trabajo realizado.

Otras consideraciones

Sobre la confianza: Algunos participantes puntualizaron que un tema central en torno a las dificultades para la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal es el de la **"confianza" y todas las representaciones previas que tiene la gente en relación al sistema de salud.** *"¿Por qué habría que creer que esta política va a resolver todo?" "La política es de alcance Nacional ¿Por qué va a cambiar?"* Crear confianza no es igual a informar, y es un proceso largo. Refrendar e identificar es la gran tarea. Reconocer es mucho más que saber, es hacerse de la información, apropiarse de ella para trabajar luego sobre la confianza. También tiene que ver con desconocer que es mucho más que tener o no la información. Pensar en la actitud en relación a la participación.

Sobre la rendición de cuentas: Algunos participantes se preguntaron acerca de hasta dónde llega el compromiso de la gestión para cada una de las opiniones vertidas en este diálogo y que se ponen a su disposición. Se retomó el concepto de "Rendición de cuentas" para pensar en el alcance de los contenidos de las deliberaciones del presente diálogo y la devolución por parte de los diferentes actores involucrados, descentrando el foco del gestor político como único destinatario. Los niveles de responsabilidades, si bien son asimétricos y de diferentes órdenes, no recaen exclusivamente en un sólo actor de la salud pública.

La comunidad también puede verse empoderada y pedir la rendición de cuentas a los gestores en salud y otros actores. Si bien el gestor puede dar cuanta de tareas programáticas o asignaciones presupuestarias, quien realmente está brindando la atención debe entender que la rendición de cuentas involucra todo el proceso incluyendo, por ejemplo, el completo llenado de la historia clínica. Quien entiende esto vuelve más democráticos y transparentes los procesos de atención de la salud, mostrando hasta donde ha llegado para que otros retomen de ese punto y puedan mejorarlo.

4- Participantes del Diálogo:

Participantes Externos

AMICHIARDI SUSANA

Licenciada en Trabajo Social
Consejo Asesor de SSyR
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

ARMANDO ADELA

Coordinadora de Pediatría
Secretaría de Salud Pública
MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

BACCIFAVA GUSTAVO

Médico Tocoginecólogo
Jefe de Servicio de Obstetricia
Hospital Roque Sáenz Peña
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

BOSCO ERNESTO

Médico Tocoginecólogo
Director Hospital Dr A. Gorosito
SUNCHALES
NODO DE SALUD II - RAFAELA

CASAS OFELIA

Médica Neonatóloga
Jefa de Clínica de Neonatología
Maternidad Martin
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

CHIOSSO SILVIA

Licenciada en Trabajo Social
Coordinadora SUB REGION SAN MARTIN
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

DULCICH GASTÓN

Psicólogo
NODO DE SALUD V - VENADO TUERTO

ESCALANTE JOSE MARIA

Médico Pediatra
Coordinador de NODO
NODO DE SALUD V - VENADO TUERTO

FARRI MARIA LUISA

Médica Pediatra
Coordinadora de Pediatría DPSNAySSR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE
SANTA FE

FRANCIONI ANA MARIA

Médico Obstetra
DPSNAySSR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE
SANTA FE

FURRER ZULEMA

Médica General y de Familia
Coordinadora de NODO
NODO DE SALUD I - RECONQUISTA

GALLONI LUCIA

Psicóloga
NODO DE SALUD II - RAFAELA

GASPOZ SANTIAGO

Médico General y de Familia
Coordinador de NODO
NODO DE SALUD II - RAFAELA

GIALDINI CELINA

Médica Tocoginecóloga
Hospital Provincial
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

GIGLI MARIEL

Médica Neonatóloga
Jefa de Servicio de Neonatología
Hospital Provincial
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

GIORDANO SILVINA

Licenciada en Enfermería
Enfermera Jefe
Hospital SAMCO Rufino
NODO DE SALUD V - VENADO TUERTO

JOSEFINA GÓMEZ

Contadora Pública Nacional
DPSNA y SSR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

LLOBET MARINA

Licenciada en Comunicación Social
Programa SUMAR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

OLMEDO CLAUDIA

Médica Neonatóloga
Sub-Jefa de Servicio de Neonatología
Hospital Provincial del Centenario
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

PETRUZZI CLAUDIO

Médico Neonatólogo
Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

RAMIREZ LILIANA

Médica Neonatóloga
DPSNA y SSR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

RICHETTI MARCELA

Psicóloga
Hospital Roque Sáenz Peña
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

ROJAS VICTOR

Licenciado en Enfermería
Enfermero Jefe Neonatología
Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria
NODO DE SALUD IV - ROSARIO

STIVAL MATIAS

Licenciado en Antropología
Programa SUMAR / DPSNAySSR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

SUAREZ MARIA VERONICA

Licenciada en Trabajo Social
Hospital Regional de VERA
NODO SALUD I - RECONQUISTA

TORTEROLA LILIAN

Licenciada en Enfermería
DPSNA y SSR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Proyecto RAMPAS

ABALOS EDGARDO

Médico Obstetra / Investigador
Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)
ROSARIO

GORODISCH RICARDO

Médico Psiquiatra / Psicólogo
Presidente
Fundación KALEIDOS
CABA

RAMOS SILVINA

Socióloga / Investigadora
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
CABA

ROMERO MARIANA

Médica Tocoginecóloga / Investigadora
Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)
CABA

SIMIONI ALBERTO TOMÁS

Médico Pediatra
Director DPSNAySSR
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Observadores Externos

SCHWARCZ ALBERTO

Médico Tocoginecólogo
DIRECCIÓN NACIONAL MATERNIDAD E INFANCIA
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

VENTURINO ANDRES

Licenciado en Comunicación Social
OPS/OMS