



Subsidios para Mejorar  
la Ejecución de Programas



Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

## Resumen de políticas:

# REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL

Principales barreras para la implementación  
de la política en la Provincia de Santa Fe, y  
estrategias para su abordaje

Provincia de Santa Fe. 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 la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia, 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. 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:** Alberto Simioni y Oraldo Llanos son funcionarios públicos de la gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. El resto de los autores declaran que no tienen conflictos de interés para declarar.

**Agradecimientos:** Los integrantes del proyecto RAMPAS agradecen a los funcionarios de la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe por la logística de organización de los talleres, a la Dirección de Estadísticas y Sala de Situación de la Provincia de Santa Fe, por su colaboración en la construcción de los indicadores. A los participantes de las encuestas e informantes clave, por su valioso tiempo.

**Cita:** 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 para su abordaje.

**Colaboradores (orden alfabético):** Ernesto Juan Bosco (Dirección SAMCO Hospital Almicar Gorosito, Sunchales) Vanessa Brizuela (CEDES), Ofelia Casas (Servicio de Neonatología, Maternidad Martin, Rosario), Teresa Farfala (Hospital SAMCO "Alfredo Baetti", Galvez), María Luisa Farri (Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia y SS y R), Mariela Fernández, (Servicio de Neonatología Hospital Central Reconquista), Ricardo Gorodisch (Fundación Kaleidos), Laura Mariño (Servicio de Neonatología, Hospital "Alejandro Gutiérrez", Venado Tuerto), Claudio Petruzzi (Servicio de Neonatología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria), Vanesa Ríos (Hospital Roque Sáenz Peña, Rosario)

## TABLA DE CONTENIDOS:

<b>Mensajes Clave</b> .....	4
<b>1- Introducción:</b> .....	5
La regionalización como estrategia de mejoramiento de la salud perinatal.....	5
La política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe. ....	7
<b>2- El Problema:</b> .....	8
<b>3- Las opciones para abordar el problema:</b> .....	12
Opción 1 – Transporte materno y neonatal: .....	13
Opción 2 - Intervenciones que optimicen el trabajo en equipos en el sistema de salud (incluida la comunicación interna dentro de los equipos):.....	14
Opción 3 - Intervenciones que optimicen el cambio de prácticas (incluida las guías de práctica y la adopción de políticas):.....	19
<b>4- Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad:</b> .....	21
<b>5- Referencias Bibliográficas:</b> .....	22
<b>6- APÉNDICES</b> .....	23
<b>Apéndice 1:</b> Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 1: Transporte materno y neonatal .....	24
<b>Apéndice 2:</b> Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 2: Intervenciones que optimicen el trabajo en equipos en el sistema de salud .....	25
<b>Apéndice 3:</b> Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 3: Intervenciones que optimicen el cambio de prácticas .....	26

## Mensajes Clave

### Marco general:

- Existe consenso a nivel nacional e internacional que avalan la regionalización como estrategia para el mejoramiento de la salud perinatal.
- La política de regionalización de la salud perinatal en la Provincia de Santa Fe constituye una política de estado, comenzándose su implementación en el año 2009.

### ¿Cuál es el problema?

- Si bien se han producido avances en la ejecución de la política de regionalización de la atención perinatal en la Provincia, todavía existen barreras para su plena implementación. Las principales barreras identificadas son:
  - déficit en el sistema de referencia y contra-referencia, en particular respecto a los traslados y a la capacitación para evaluar las necesidades de derivación.
  - desconocimiento de la política de regionalización por parte de los agentes del sistema de salud y de la población,

### ¿Qué sabemos (a partir de revisiones sistemáticas) sobre las tres opciones viables para abordar el problema?

- **Opción 1** – Intervenciones que optimicen el transporte materno y/o neonatal.
  - No existe evidencia sobre el transporte materno desde un efector de salud a otro de mayor complejidad
  - Evidencia indirecta apoya la evaluación de riesgo materno para el traslado al nivel de salud superior
  - No existe evidencia sobre las capacidades del personal encargado del transporte neonatal
  - Existen consensos sobre las condiciones que deben darse para el traslado neonatal
- **Opción 2** – Intervenciones que optimicen el trabajo en equipos en el sistema de salud (incluida la comunicación interna dentro de los equipos).
  - Se encontró una asociación positiva entre combinaciones de intervenciones específicas: simulaciones, entrenamiento en gestión de recursos, capacitación basada en equipos y proyectos de mejora continua de la calidad de atención, y las habilidades no técnicas del equipo. No hubo mejoría en resultados clínicos.
  - Las estrategias de comunicación dirigidas a la comunidad no tienen impacto en la adopción/cambio de prácticas por parte de los proveedores de salud
  - Las estrategias de comunicación dirigidas a los equipos de salud pueden ser efectivas, siempre que se consideren todas sus dimensiones.
- **Opción 3** – Intervenciones que optimicen el cambio de prácticas (incluida las guías de práctica y la adopción de políticas).
  - Las intervenciones multifacéticas (combinación de dos o más estrategias) tienden a ser más efectivas que las intervenciones aisladas en los cambios de prácticas, y podrían influir positivamente en los resultados de los pacientes.
  - Las intervenciones basadas en la acción (por ejemplo, auditoría devolución y recordatorios) y varios tipos de intervenciones educativas tienden a ser más propensos a éxito para cambiar el comportamiento profesional

## 1- Introducción:

### 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. Esta política reorganiza y coordina las instituciones de los distintos niveles a través de un proceso de categorización, establecimiento de procedimientos de referencia y contra-referencia y redistribución de los recursos humanos (Yu y Dunn, 2004 citado en De Mucio 2011).

Basados en las experiencias de Canadá y Estados Unidos de la década del '70 y de Chile en Latinoamérica, 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. Así, las maternidades fueron clasificadas en tres niveles de atención, se organizaron los sistemas de transporte y se construyeron vínculos entre las estructuras de salud con el fin de mantener la capacitación adecuada en los niveles de menor complejidad para una oportuna referencia de los casos de alto riesgo (De Mucio 2011). La bibliografía indica que los resultados positivos de las políticas de regionalización han sido más evidentes en la evolución de los neonatos críticos que en los indicadores de salud de las mujeres (ver anexo con parámetros de la búsqueda). Posiblemente esto se deba a que la justificación para regionalizar la atención en países como Canadá, Reino Unido, Portugal, Alemania y Finlandia ha sido mejorar la sobrevivencia de los prematuros de muy bajo peso y aumentar las probabilidades de que estos bebés nazcan en el lugar adecuado.

### CUADRO 1: CONTENIDOS DEL RESUMEN DE POLÍTICAS

Este resumen de políticas compila evidencias de investigación a nivel global y local, obtenida de revisiones sistemáticas de la literatura y de investigaciones individuales, acerca de las barreras para la implementación de la política de regionalización de la atención materno-perinatal en la provincia de Santa Fe, las opciones para abordar el problema, y las consideraciones fundamentales de implementación.

EL RESUMEN DE POLÍTICAS **NO** CONTIENE RECOMENDACIONES. La preparación de este resumen de políticas incluyó los siguientes pasos:

1. Conformación del Comité Directivo compuesto por los integrantes del Proyecto RAMPAS (CEDES, CREP, Fundación Kaleidos y Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe);
2. Desarrollo y perfeccionamiento de los términos de referencia del documento, definición del problema y opciones viables para abordarlo, en consulta con una serie de informantes claves pertenecientes a los 5 nodos administrativos de la provincia, y con la ayuda de varios marcos conceptuales que organizan el pensamiento sobre las maneras de abordarlo;
3. Identificación, selección, evaluación y síntesis de la evidencia de investigaciones relevantes sobre el problema, las opciones y las consideraciones para la implementación;
4. Redacción del resumen de manera concisa y en un lenguaje accesible con los resultados de la evidencia de investigación local y global, basándose en las contribuciones de varios revisores meritorios.

Las opciones para abordar el problema no son mutuamente excluyentes. Se pueden llevar a cabo de forma simultánea o se pueden extraer elementos de cada opción para crear una nueva opción. El resumen se preparó para informar a un **DIÁLOGO DELIBERATIVO** en el que la evidencia de la investigación es una (de muchas) consideraciones.

La única revisión sistemática identificada sobre la efectividad de esta política indica que la regionalización puede estar asociada a mejoras en la salud perinatal y materna, pero que el nivel de evidencia sobre esta asociación no es satisfactorio y no puede cuantificarse la magnitud de este efecto (Rashidian 2014). La revisión enfatiza además que los estudios incluidos reportan experiencias de regionalización en países desarrollados, donde las características de las intervenciones realizadas difieren de las de países en desarrollo.

Otras fuentes definen la regionalización desde la perspectiva del equipo de salud y desde las mujeres usuarias y analizan intervenciones de forma de optimizar las conductas de los proveedores y las mujeres (Bronstein 2011). Si bien su marco de intervención no se inserta en una política integrada de regionalización, aportan dimensiones acerca del análisis de los comportamientos al momento de identificar riesgos y decidir la derivación.

Nowakowski y colaboradores (2012) comparan los resultados de la regionalización en 7 estados de Estados Unidos y señalan que los resultados de la regionalización están determinados por los arreglos regulatorios y las características de la organización de los subsistemas y de la población a la que cubren.

Por último, no se identificaron artículos que refieran al proceso de implementación de la política de regionalización y a sus obstáculos y facilitadores. Por ello, la identificación de barreras y facilitadores en el proceso de implementación de la política de regionalización de la atención de la salud perinatal en la Provincia se realizó en base a información primaria producida por el proyecto RAMPAS utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas.

## CUADRO 2: CONSIDERACIONES SOBRE LA EQUIDAD

Un problema puede afectar de manera desproporcionada a algunos grupos de la sociedad. Los beneficios, daños y costos de las opciones para abordar el problema pueden variar entre los grupos. Las consideraciones de implementación varían también según los grupos.

Una forma de identificar a los grupos que merece particular atención es el uso de "PROGRESS", que es un acrónimo formado por las primeras letras (en inglés) de las siguientes ocho formas que se pueden utilizar para describir grupos †:

- Lugar de residencia (por ejemplo, las poblaciones rurales y remotas);
- Raza/etnicidad/cultura (por ejemplo, las poblaciones originarias, poblaciones inmigrantes y poblaciones de minorías lingüísticas);
- Ocupación o experiencias en el mercado laboral en general (por ej, situaciones de trabajo precario);
- Género;
- Religión;
- Nivel de educación (por ejemplo, la alfabetización en salud), y
- Situación socioeconómica (por ejemplo, las poblaciones desfavorecidas económicamente), y el capital social/exclusión social.

Este resumen de políticas se esfuerza en abarcar a todos los ciudadanos, también presta especial atención a dos grupos: Región Norte (nodos 1, 2 y 3) y Región Sur (nodos 4 y 5). Muchos otros grupos merecen también consideración seria, y también se podría adoptar un enfoque similar para cualquiera de ellos.

† El marco PROGRESS fue desarrollado por Tim Evans y Hilary Brown (Evans 2003). Está siendo evaluada por el Área de Equidad de la Colaboración Cochrane como un medio para valorar el impacto de las intervenciones sobre la equidad en salud.

## 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 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 evaluación de las maternidades permitió categorizarlas e iniciar un proceso de negociación con los lugares más pequeños para un paulatino descenso de los partos allí atendidos. Al mismo tiempo se trabajó en un sistema de traslados que garantizara la rápida llegada a los centros de más alta complejidad, según área geográfica y situación clínica. La idea fuerza de la regionalización en la Provincia está centrada en la necesidad de generar un cambio de paradigma: pasar de un Estado que actúa por reacción a demandas a otro que garantice derechos; generando una nueva fuente de legitimidad que impacte en la cultura política de la sociedad. Construir políticas públicas desde esta perspectiva implica entender que todas las políticas que se hacen desde el gobierno provincial deben garantizar, desde su integralidad, el ejercicio pleno de la ciudadanía y el fortalecimiento del tejido social. La organización de la provincia descentralizada 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). Esto permite atender las particularidades de un territorio sumamente extendido y heterogéneo, consolidando una propuesta de solidaridad e integración.

Durante el año 2014, el desafío fue actualizar el cumplimiento de las CONE en las maternidades que asisten más de 100 partos en el sector público, que son 28. Y en el año 2015, el desafío fue articular con el subsistema de salud privado, donde se producen la mitad de los partos anuales. Para ello se ha iniciado el trabajo conjunto de autoevaluación y acreditación de instituciones sanitarias del sector privado que se someterán a la Evaluación Externa del Ministerio de Salud de la Nación, para acreditar y categorizar cada servicio, sumando a la política de Regionalización de la Salud Perinatal Provincial.

### CUADRO 3: PROYECTO RAMPAS

El Proyecto RAMPAS surge como respuesta a la convocatoria para investigaciones sobre cómo mejorar la ejecución de programas públicos de salud en países de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El objetivo general es mejorar el desempeño de la política de salud materna e infantil en la provincia a través de un diagnóstico de cómo se está aplicando la estrategia de regionalización perinatal, y construir un consenso entre los responsables políticos y las partes interesadas en un plan de acción para fortalecerla.

Participan del proyecto investigadores y gestores pertenecientes al Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), la Fundación Kaleidos y la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva, del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.



## 2- El Problema:

**Indicadores Trazadores:** Para evaluar la adherencia de los componentes centrales de la política de regionalización globalmente y en los 5 nodos, el Proyecto RAMPAS construyó 3 indicadores trazadores (Cuadro 4).

Los datos comparativos del **Indicador I** (Porcentaje de bebés prematuros < 32 semanas y/o 1500 gr nacidos en maternidades inferiores a Categoría IIIb) entre los años 2008 (previo al inicio de la política) y 2014 sugieren que la implementación de la política de regionalización en los últimos 6 años ha tenido impacto en la proporción de niños de muy bajo peso al nacer (< 1500 gr) que nacieron en maternidades de complejidad adecuada (del 70,7% al 46,2%). Sin embargo, estos resultados están dominados principalmente por el reordenamiento de los nacimientos en la ciudad de Rosario (Tabla 1).

**Tabla 1: Indicador I (NV <1500g), años 2008-2014**

Año	TOTAL		Centro Norte		Sur	
	2008	2014	2008	2014	2008	2014
Indicador I (%)	70,7	46,2	50	52,7	87,8	41,2
N° NV <1500g	328	420	148	182	180	238
N° NV <1500g no nacidos en IIIb	232	194	74	96	158	98

El **Indicador II** muestra que no se han evidenciado cambios significativos durante este período respecto a los niños nacidos con bajo peso (entre 1500 y 2499 gr), notándose marcadas diferencias entre las regiones metropolitanas (Rosario y Santa Fe) y los nodos 1 y 2 del Centro Norte de la provincia, y el nodo 5 en el Sur (Tabla 2).

**Tabla 2: Indicador II (NV 1500g-2499g), años 2008-2014**

Año	TOTAL		Nodo 1		Nodo 2		Nodo 3		Nodo 4		Nodo 5	
	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014
Indicador II (%)	11,0	8,9	33,3	21,1	28,9	36,5	8,4	3,7	7,2	7,5	9,2	16,7
N° NV 1500-2499g	1698	1803	141	150	90	83	512	575	890	923	65	72
N° NV 1500-2499g no nacidos en IIIa ó IIIb	186	160	47	32	26	27	43	21	64	68	6	12

### CUADRO 4: INDICADORES TRAZADORES

**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 /



No se ha podido construir el **Indicador III** (Porcentaje de mujeres con parto en maternidades sin Unidad de Terapia Intensiva de adultos que requirieron hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva) con los datos recolectados rutinariamente por la Dirección de Estadísticas y Sala de Situación de la Provincia de Santa Fe. Cabe destacar que este era el único indicador de proceso propuesto para evaluar las necesidades de atención materna según la complejidad del efector. Se cuenta con datos indirectos del año 2012, pero no se pueden hacer comparaciones en el tiempo.

**Inventario de recursos existentes en las maternidades que realizan partos en la provincia:** En el año 2014 se realizaron partos de nacidos vivos en 92 hospitales públicos de la provincia. De éstos, 64 realizaron menos de 100 partos anuales. En estos hospitales nacieron 521 de los 28.313 nacidos vivos que se registraron en los hospitales públicos de la provincia (1,8%), el 98,2% restante de los nacidos vivos del período ocurrió en los 28 hospitales que realizaron más de 100 nacimientos en el año. Comparado con el año 2008, hubo un descenso en el número de nacidos vivos que nacieron en maternidades que realizan menos de 100 partos al año (del 4,8% en el año 2008 al 1,8% en el año 2014).

Según lo reportado por las instituciones, 9 de las 27 maternidades de la provincia no cumplen con algunas de las CONE exigidas por el Ministerio de Salud (Tabla 3). En el Hospital Samco de Esperanza no se realizan alumbramientos manuales, los hospitales de San Javier y Gálvez no se hacen histerectomías, y en Rafaela, San Cristóbal y Casilda no se realizan partos vaginales asistidos con fórceps o ventosa obstétrica (CONE 1). El hospital de Sunchales reporta que no puede realizar transfusiones (CONE 3), y el hospital de San Javier no cuenta con personal para la recepción rutinaria del recién nacido (CONE 5). Respecto a la CONE 6, los hospitales de El Trébol y Villa Constitución refieren no contar con ningún tipo de programa de actualización o guías para basar sus prácticas (Figura 1).

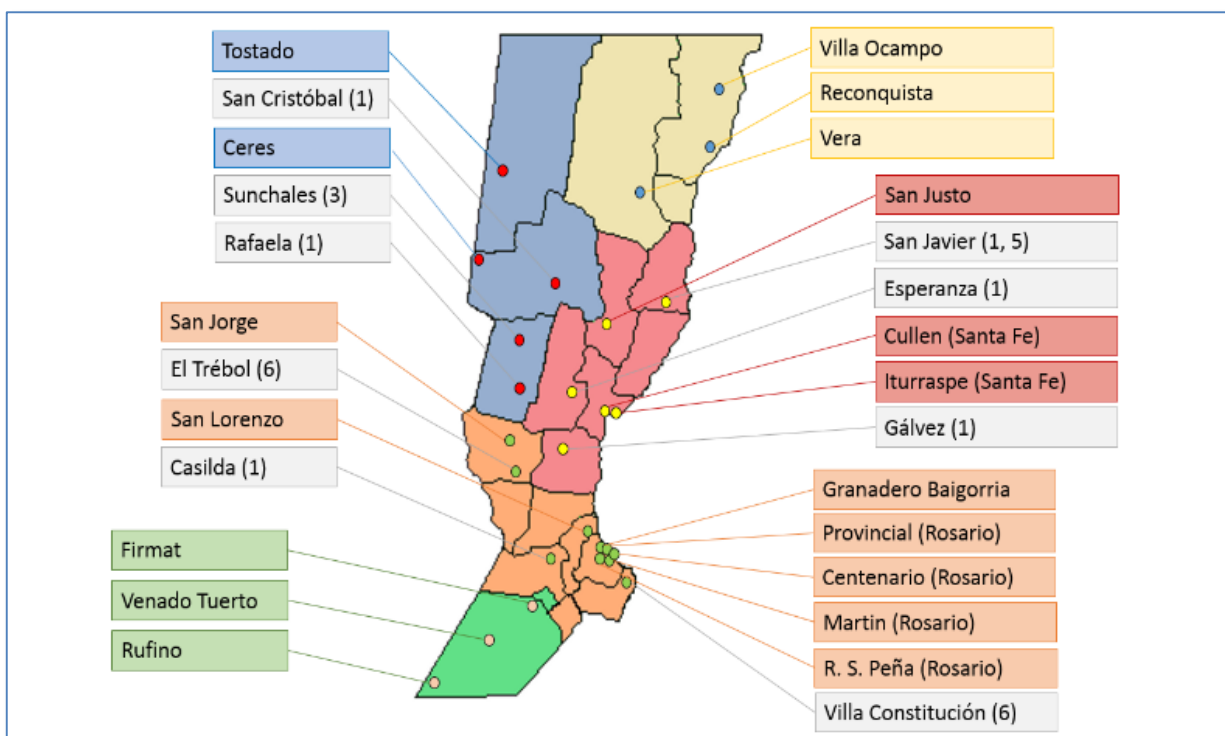
## CUADRO 5: CAPACIDAD INSTALADA Y CONE

**Relevamiento:** Con el objeto de relevar la capacidad instalada y recursos existentes en los lugares donde se producen partos en la provincia, la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia realizó un relevamiento de procesos, infraestructura y recursos humanos de todos los hospitales que contaran con maternidades que realizan más de 100 partos anuales. Para esto distribuyó un cuestionario auto-administrado a los directores y jefes de servicio de dichos hospitales. El instrumento constó de 28 preguntas que abarcaron los siguientes dominios: ubicación y tipo de institución; estructura y capacidad de la institución; recursos humanos; exámenes complementarios y pruebas de laboratorio; atención del parto; cuidados intensivos maternos, cuidados intensivos neonatales, intervenciones neonatales; y calidad de la atención

Se obtuvo respuesta de 26 hospitales (93%). Dos instituciones pertenecientes a la Región 4, los hospitales de Las Rosas (188 partos anuales) y Cañada de Gómez (460 partos anuales) no respondieron a la encuesta de relevamiento.

**Condiciones obstétricas y neonatales esenciales:** Las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), definidas por la Organización Mundial de la Salud y adaptadas por el Ministerio de Salud de la Nación constituyen recursos humanos, físicos y económicos que indispensablemente deben estar presentes en todos los centros e instituciones donde se producen nacimientos, para poder resolver las emergencias que surjan imprevistamente, tanto en los partos normales como patológicos, y de esta manera garantizar la mayor seguridad en la atención materno-infantil al momento del parto.

**Figura 1: Maternidades que no cumplen con alguna de las CONE**



El 33% de las maternidades públicas que realizan más de 100 partos en la provincia no cumplen con al menos una de las CONE. Sin embargo, en estas 9 maternidades se realizan sólo el 12% de los partos del sector público de la provincia.

El porcentaje de nacimientos que se realizan en maternidades públicas de la provincia que cumplen con todas las CONE aumentó del 75% en el año 2010-2011 al 84% en el año 2014.

**Tabla 3: Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)**

N°	CONE	Procedimientos / recursos
1	<b>Cirugía y procedimientos obstétricos</b>	Realización de cesárea, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, embarazo ectópico, fórceps, ventosa, extracción de placenta, legrado por aborto incompleto
2	<b>Anestesia</b>	Anestesia general y regional
3	<b>Transfusión de sangre segura</b>	Grupo, prueba cruzada, banco o reserva renovable
4	<b>Tratamientos médicos maternos</b>	Shock, sepsis, eclampsia
5	<b>Asistencia neonatal inmediata</b>	Reanimación cardiopulmonar, control térmico
6	<b>Evaluación del riesgo materno y neonatal</b>	Listados de factores obstétricos y neonatales
7	<b>Transporte oportuno al nivel de referencia</b>	Teléfono/radio y vehículo permanente

## CUADRO 6: BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

**Identificación de barreras en el proceso de implementación de la política de regionalización:** El Proyecto RAMPAS produjo información primaria sobre las barreras en el proceso de implementación consultando a informantes clave e integrantes de equipos de salud de la red perinatal.

Las cinco barreras más importantes identificadas a través de la encuesta son:

- problemas de coordinación entre las instituciones de salud para una derivación en tiempo y forma,
- desconocimiento de la política entre los agentes del sistema de salud,
- condiciones de la infraestructura y equipamiento inadecuadas,
- escasez y falta de entrenamiento de los integrantes de los equipos de salud para lograr una adaptación óptima,
- resistencias de las usuarias a recurrir a instituciones que no eran las que usualmente escogían.

**Tabla 4: Barreras para la implementación**

Barreras que se enfrentan para implementar la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe	N de menciones	% sobre total de respondentes
Problemas de coordinación entre establecimientos para una apropiada y oportuna derivación	47	77
Escaso conocimiento de la política por parte de los equipos de salud	41	67
Falta de infraestructura y equipamiento para dar respuesta oportuna y apropiada a la demanda de atención	34	56
Escasez y falta de entrenamiento de los recursos humanos para adaptarse a la reorganización de los servicios	31	51
Resistencia de la población a atenderse en instituciones/ establecimientos que no son las que habitualmente utiliza	27	44
Falta de buena comunicación de los objetivos y alcances de la política de regionalización	25	41
Escaso conocimiento de la política por parte de la población general	24	39
Dificultades de los establecimientos para adaptarse a las exigencias de un nuevo perfil de demanda	21	34
Resistencia de los establecimientos a ser clasificados / categorizados	18	29
Deficiencias en la contra-referencia	18	29
Resistencia de las autoridades políticas locales	4	7

**Encuestas:** Se aplicó una encuesta auto-administrada y anónima a 109 participantes (58% de tasa de respuesta) de los talleres de capacitación en elaboración de resúmenes de políticas llevados a cabo en Rosario (5 y 6 de marzo de 2015) y Santa Fe (11 y 12 de marzo de 2015). El mismo instrumento fue aplicado en línea a través de una encuesta Survey Monkey a 96 informantes clave de las cinco subregiones pertenecientes a diversas disciplinas, y que ocupan cargos o desempeñan cargos relacionados a la atención de la salud perinatal (tasa de respuesta 60%).

La participación fue voluntaria en todos los casos. La encuesta fue auto-administrada y anónima. Constó de 7 preguntas sobre los siguientes tópicos:

- Características del/ de la respondente,
- Estrategias para mejorar los resultados en salud perinatal en la provincia,
- Aspectos centrales de la regionalización de la salud perinatal en la provincia,
- Barreras en la implementación de la regionalización
- Acciones necesarias para una mejor implementación.

**Entrevistas:** Se aplicó una entrevista semiestructurada telefónica a una muestra intencional de 15 informantes clave.

Se desarrolló una guía de preguntas abiertas para ayudar a propiciar el diálogo y permitir que el entrevistado exprese sus opiniones de forma abierta y libremente. Las preguntas abordaron las siguientes dimensiones: a) problemas identificados con respecto a la atención de la salud materna y perinatal; b) características de la política de regionalización; c) posición con respecto a la política de regionalización, d) barreras y facilitadores a la implementación de la misma; y e) recomendaciones para mejorar el diseño y la implementación de la política de regionalización.

Fuente: Proyecto RAMPAS, encuesta auto-administrada en línea a integrantes de equipos de salud.

Las barreras más importantes que surgen de las entrevistas a informantes clave son:

- desconocimiento de la política de regionalización por parte de los agentes del sistema de salud y de la población,
- déficit en el sistema de referencia y contra-referencia, en particular respecto a los traslados y a la capacitación para evaluar las necesidades de derivación.

### 3- Las opciones para abordar el problema:

Se pueden seleccionar muchas opciones para abordar el problema de las barreras para la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe. Para promover el debate sobre los pros y contras de las opciones potencialmente viables, se han seleccionado las relacionadas a los tres ejes identificados en la sección anterior para un examen más detallado. Estos incluyen:

- 1- Intervenciones que optimicen el transporte materno y/o neonatal.
- 2- Intervenciones que optimicen el trabajo en equipos en el sistema de salud (incluida la comunicación interna dentro de los equipos).
- 3- Intervenciones que optimicen el cambio de prácticas (incluida las guías de práctica y la adopción de políticas).

El objetivo de esta sección está centrado en lo que se sabe acerca de estas opciones. En la siguiente sección el enfoque se dirige a las barreras para la adopción y aplicación de las opciones desarrolladas aquí, y las posibles estrategias de implementación para hacer frente a las barreras.

#### CUADRO 7: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (I)

Se buscó la evidencia de investigación disponible sobre las opciones para abordar el problema primeramente de una base de datos constantemente actualizada que contiene más de 5000 revisiones sistemáticas sobre mecanismos de prestación, financieros y de gobernanza dentro de los sistemas de salud: Health Systems Evidence, en la Base de datos de la Colaboración Cochrane y en Medline. Las revisiones se identificaron buscando primero en la base de datos para revisiones que contenían palabras claves relacionadas con el tópico en el título y / o resumen. Las palabras claves incluían transporte materno / neonatal, regionalización perinatal, barreras, estrategias de comunicación, transferencia de conocimientos (las palabras claves se utilizaron en idioma Inglés). Las revisiones adicionales se identificaron buscando en la base de datos revisiones que abordarán las características de las opciones que no se identificaron usando palabras claves relacionadas con el tema.

Los hallazgos claves de los autores de la revisión se extrajeron de las revisiones identificadas. Cada revisión se evaluó también en términos de su calidad (Calificación AMSTAR), aplicabilidad local (proporción de estudios que se llevaron a cabo en el país), consideraciones sobre la equidad (proporción de estudios que tratan explícitamente a los grupos priorizados) y el grado de enfoque de la revisión en el tema. La evidencia general sobre las opciones se resumió a continuación y se introdujeron las advertencias relevantes sobre los hallazgos principales de los autores de la revisión con base en evaluaciones de calidad, aplicabilidad local, equidad y aplicabilidad del tema.

### Opción 1 – Transporte materno y neonatal:

Los retrasos en el transporte están asociados a baja utilización de cuidados obstétricos y neonatales adecuados, y a un aumento de la morbi- mortalidad materna y perinatal. Mejoras en las comunicaciones entre los trabajadores comunitarios y los profesionales de salud, así como también entre el primer nivel de atención y los niveles de referencia podrían reducir estas demoras y mejorar las tasas de derivaciones oportunas. Por otro lado, desde hace años existe evidencia que el transporte in útero de los bebés de alto riesgo resulta en menor morbilidad (medida en días de internación o necesidad de ventilación) y mortalidad perinatal que aquellos neonatos de alto riesgo que son transportados después de nacer (Harris 1980).

Respecto al **transporte materno**, se identificaron dos revisiones sistemáticas (Lee 2009, Hussein 2012) que evaluaron diferentes estrategias dirigidas a sortear retrasos para llegar al efector de salud adecuado para la atención de las emergencias obstétricas. Sin embargo, ninguna de ellas fue elegible para el propósito de este resumen de políticas, pues en ambas revisiones evaluaron intervenciones dirigidas a la comunidad (movilización comunitaria, incentivos financieros, sistemas de referencia de emergencia y transporte desde la comunidad al efector, utilización de valoración de riesgos en la comunidad, y hogares de espera maternos). El estudio de Hussein explícitamente excluyó aquellos estudios que evaluaran el transporte materno entre los distintos niveles de atención.

Respecto al **transporte neonatal**, sólo pudo encontrarse una revisión sistemática Cochrane (Chang 2015), que buscaba evaluar el efecto de los equipos de transporte especializados (*specialized teams*) comparados con equipos de transporte no especializados en la morbi-mortalidad neonatal para pacientes de alto riesgo que requieren transporte para su hospitalización en cuidados intensivos neonatales. Dicha revisión, publicada el 28 de octubre de 2015 no encontró estudios elegibles para su inclusión. La única evidencia disponible respecto al óptimo transporte neonatal proviene de revisiones narrativas tradicionales y consensos de expertos (Fenton 2004, Stroud 2013, Whyte 2015), donde sintetizan una serie de estrategias que abordan muchos de los componentes de esta opción, incluyendo el rol del director médico, los programas de entrenamiento y acreditación del personal para el transporte neonatal, el establecimiento de medidas de calidad de atención y de seguridad específicas para el transporte neonatal, las horas de trabajo y disponibilidad del personal encargado del transporte (exclusivos o como parte de sus tareas habituales dentro de la UCIN), y composición de los equipos.

### CUADRO 7: LAS PRUEBAS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS OPCIONES PARA ABORDAR EL PROBLEMA (II)

(continuación)

Se prestó atención al hecho de que las revisiones no contenían estudios a pesar de una búsqueda exhaustiva (es decir, eran revisiones “vacías”) y si las revisiones concluían que existía incertidumbre acerca de la opción sobre la base de los estudios identificados. Ser consciente de lo que no se sabe puede ser tan importante como ser consciente de lo que se sabe. Cuando se enfrenta una revisión vacía o con incertidumbre o dudas sobre la calidad de las revisiones, aplicabilidad local de los hallazgos de las revisiones, o una falta de atención a las consideraciones de equidad, se podría comisionar una investigación primaria o se podría llevar a cabo una opción y diseñar un plan de monitoreo y evaluación como parte de su implementación.

Se buscó evidencia de investigación adicional más allá de las revisiones sistemáticas. Los interesados en una determinada opción pueden querer buscar una descripción más detallada de la opción o evidencia de investigación adicional acerca de la opción.

## Opción 2 - Intervenciones que optimicen el trabajo en equipos en el sistema de salud (incluida la comunicación interna dentro de los equipos):

Los equipos de trabajo han sido definidos como *“Un conjunto de individuos que son interdependientes en sus tareas, que comparten la responsabilidad por los resultados, que se ven a sí mismos y que son vistos por los demás como una entidad social intacta incrustada en un sistema social más grande, y que gestionan sus relaciones a través de la organización”* (Cohen 1997). En los últimos años, las investigaciones en sistemas de salud han prestado atención a la identificación de las características de equipos de trabajo eficaces y al desarrollo de instrumentos para medir su eficacia. El supuesto es que el trabajo en equipo eficaz conduce a la toma de decisiones e intervenciones médicas de mayor calidad, lo que lleva a mejores resultados en los pacientes.

Existe evidencia de investigaciones sobre intervenciones para mejorar la efectividad de los equipos de trabajo, sintetizada en una revisión sistemática publicada en 2010 (Buljac-Samardzic 2010). Se incluyen un número de estrategias que abordan muchos de los componentes de esta opción. En la Tabla 5 se proporciona un resumen de los hallazgos claves de esta revisión. Para aquellos que quieren saber más sobre las revisiones sistemáticas contenidas en la Tabla 5 (u obtener citas para las revisiones), en el Apéndice 2 se encuentra una descripción más completa de las revisiones sistemáticas incluidas en este resumen de políticas.

En síntesis, esta revisión incluye cuarenta y ocho documentos que evaluaron intervenciones clasificadas en tres categorías: capacitación, utilización de herramientas, e intervenciones de organización del sistema. Los destinatarios de dichas intervenciones eran en su mayoría equipos multidisciplinarios en la atención hospitalaria de agudos (incluidas prácticas obstétricas). La mayoría de los estudios encontró una asociación positiva entre la intervención y las habilidades no técnicas del equipo, aunque con un bajo nivel de evidencia. Resultados positivos con un moderado o alto nivel de evidencia fueron reportados para algunas combinaciones de intervenciones específicas: simulaciones, entrenamiento en gestión de recursos, capacitación basada en equipos y proyectos de mejora continua de la calidad de atención.

## CUADRO 8: INTERVENCIONES PARA OPTIMIZAR EL TRABAJO EN EQUIPOS Y RESULTADOS EVALUADOS

### INTERVENCIONES

**1) Capacitación:** proceso sistemático a través del cual un equipo es entrenado para mejorar diferentes aspectos de su funcionamiento. Incluye:

- Simulaciones.
- Entrenamiento en gestión de recursos (concepto tomado de la aviación y aplicado a los servicios de emergencias médicas, que abarca una amplia gama de conocimientos, habilidades, y actitudes incluyendo la comunicación, conocimiento de la situación, resolución de problemas, toma de decisiones y trabajo en equipo)
- Entrenamiento inter-profesional (para mejorar la cooperación entre las diferentes disciplinas)
- Entrenamiento de equipo (focalizado en aspectos específicos del funcionamiento del equipo, como el establecimiento de metas).

**2) Utilización de herramientas:** instrumentos específicos que el equipo puede utilizar en forma independiente para mejorar su efectividad (por ejemplo: listas de verificación, hojas de metas, análisis de casos).

**3) Intervenciones organizacionales:** acciones centradas en el contexto de la organización, pero que se espera que tengan un efecto en el funcionamiento del equipo, por ejemplo integración de los cuidados de salud, o intervenciones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.



**Tabla 5: Resumen de los hallazgos claves de la revisión sistemática “Intervenciones para mejorar la efectividad de los equipos de trabajo”**

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estudios en su mayoría evaluaron programas de entrenamiento: simulaciones, entrenamiento en gestión de recursos, y entrenamiento de equipos.</li> <li>• Los estudios con alta o moderada calidad de evidencia encontraron asociaciones positivas en el comportamiento del equipo, las actitudes (hacia el trabajo en equipo), auto percepción de eficacia, percepción de la calidad de atención y efectividad individual. Encontraron también disminución del agotamiento emocional y la percepción de despersonalización.</li> </ul>
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se proveyeron datos acerca de los potenciales daños o efectos adversos de las intervenciones estudiadas.</li> </ul>
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se proveyeron datos acerca de la utilización de recursos y/o costo-efectividad de las intervenciones estudiadas.</li> </ul>
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo ocho artículos (de 48) presentaron una calidad de evidencia alta o moderada (Ensayos Clínicos Aleatorizados o diseños “antes y después” de alta calidad).</li> <li>• Los programas de formación evaluados parecieran no tener éxito en la reducción de resultados clínicos adversos, en la mejora de la carga de trabajo subjetivo, en la reducción de la duración de la hospitalización, o el mejoramiento del alta hacia la comunidad.</li> </ul>
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La búsqueda de estudios se limitó sólo a publicaciones en inglés.</li> <li>• No se hace referencia si las intervenciones se probaron sólo en países de altos ingresos, o si se incluyeron estudios conducidos en países de ingresos medios o bajos.</li> <li>• Los estudios, además, proporcionaron poca información sobre otros aspectos del contexto en donde se aplicaron, por lo que es difícil determinar si la intervención será también eficaz en otros sitios.</li> </ul>
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la utilización de cualquiera de las intervenciones se deben diagnosticar las circunstancias específicas en las que se desarrolla el equipo de trabajo. El ajuste más adecuado entre las intervenciones y los problemas, y las características del contexto son factores más importantes que el nivel subyacente de evidencias para mejorar la eficacia de los equipos.</li> </ul>



## Estrategias de comunicación /difusión:

**Comunicación dirigida a los usuarios del sistema de salud:** En muchos países desarrollados, los sistemas de salud han implementado reformas para mejorar su desempeño incluyendo, entre otras estrategias, sistemas de información dirigidas al usuario para un mejor soporte de la toma de decisiones. Estas estrategias se basan en la teoría que, apoyando las decisiones de los pacientes, se orientará la demanda hacia prácticas clínicas más eficaces, actuando sobre (o mejorando) la oferta de los proveedores de salud. Sin embargo, varias revisiones de la literatura sugieren que la disseminación al público de la información de rendimiento tiene poca influencia en toma de decisiones y, por extensión, en las prácticas clínicas (Fung 2008).

En cuanto al marco que se le da a la información, una revisión sistemática Cochrane (Akl 2011), identificó 35 estudios (incluyendo 16.342 personas) que evaluaron los efectos del encuadre de atributos (positivo frente negativo) o de objetivos (ganancia versus pérdida) para la elaboración de la información de salud, en la comprensión, la percepción de la eficacia, la capacidad de persuasión, y el comportamiento de los profesionales de la salud, los responsables políticos, y los consumidores (“*efecto framing*”). Sólo se encontró evidencia sobre el efecto de estos encuadres en los consumidores o usuarios del sistema de salud. Tanto el encuadre por atributos como el encuadre por objetivos tienen poco o ningún efecto sobre el comportamiento de la salud de los consumidores. Más aún, existen resultados con direcciones opuestas, según el tipo de mensaje. Las diferencias inexplicables en los resultados de los estudios incluidos sugieren que el “*efecto framing*” puede existir bajo condiciones específicas, pero aún no determinadas. Investigaciones futuras deben evaluar estas condiciones.

## CUADRO 9: EVALUACIONES DE DESEMPEÑO Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE LA SALUD

Evaluación del desempeño se refiere a todas las actividades y los recursos utilizados en la producción, difusión y uso de información creíble y válida con el fin de evaluar el grado en que una entidad, un programa o un sistema logra lo que se espera en términos de ciertas metas, normas o criterios (satisfacción , eficiencia , productividad , seguridad , equidad , etc.).

## CUADRO 10: ENMARCANDO LOS MENSAJES DE INFORMACIÓN EN SALUD

En la revisión sistemática Cochrane, un estudio de **encuadre por atributos** (positivo vs negativo), mostró que los participantes entendieron mejor el mensaje cuando éste se enmarcó negativamente que cuando se enmarcó positivamente. Aunque en general los mensajes positivos pueden haber dado lugar a una percepción más positiva sobre efectividad. Hubo poca o ninguna diferencia en la capacidad de persuasión en el contexto del encuadre por atributos.

En el contexto de **encuadre por objetivos** (ganancia vs pérdida), mensajes de pérdida condujeron a una percepción más positiva de eficacia en comparación con mensajes de ganancia para estrategias de tamizaje, y pueden haber sido más persuasivos para mensajes referentes a tratamientos.

**Comunicación dirigida a los equipos de salud:** La diseminación de información relacionada a evaluaciones del desempeño entre los integrantes de los equipos del sistema de salud es una intervención compleja y dinámica relacionada a los diferentes contextos y a las múltiples dimensiones determinadas por los actores involucrados. Debe además considerar los objetivos, los sistemas de medición, y los usuarios potenciales dentro de los equipos de salud y sus realidades. Dada la multiplicidad de factores (y posibles intervenciones) relacionadas a esta estrategia, se buscaron meta-revisiones que consideraran varios o todos estos aspectos para informar esta sección. Una revisión sistemática narrativa que incluyó 114 artículos (Lemire 2013) pone de relieve los factores asociados a la difusión de información sobre el rendimiento que generan (Tabla 6) y apoyan la mejora continua de la calidad en las organizaciones de salud. Esta revisión se limitó al proceso de difusión de los conocimientos en los sistemas de salud y su utilización por los usuarios a nivel de las instituciones de salud, y no a su efecto en la adopción de prácticas.

### CUADRO 11: DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

La difusión en sí misma no es suficiente para producir cambios. El éxito de una estrategia de comunicación depende de la gobernanza en la que la estrategia se despliega, el contexto organizacional de los equipos de salud, la naturaleza de la información y los procesos e incentivos a través del cual se fomenta y apoya su utilización.

El éxito de una estrategia de comunicación depende de la coherencia entre sus componentes.

Las condiciones para el apoyo a la toma de decisiones o acciones en las organizaciones de salud pueden diferir considerablemente de aquellas que apoyan la toma de decisiones por parte de los pacientes o usuarios del sistema de salud.

**Tabla 6: Marco conceptual sobre como diseminar información de desempeño para generar y apoyar el mejoramiento de la calidad en las organizaciones de salud (Lemire y cols. 2013).**

Contexto de la intervención de diseminación	Contexto del sistema de gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la influencia del ambiente político, administrativo y legislativo</li> <li>• Definir cómo se alinea (o integra) la intervención con los valores sociales y los demás instrumentos de gobernanza (procesos de acreditación, mecanismos financieros, etc.)</li> </ul>
	Objetivos de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar objetivos claros y no ambiguos (ejemplo: mejoras en la calidad, control de costos, rendición de cuentas, apoyo a la toma de decisiones de los usuarios, etc.).</li> </ul>
	Credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar la autoridad de quien produce (y cómo se produce) la información.</li> </ul>
La información	Relevancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar adecuadamente los indicadores (completos, enmarcados en el contexto, apropiados a la audiencia a los que están dirigidos)</li> <li>• Alinearlos a las posibilidades de tomar acciones, y con las mejoras esperadas.</li> </ul>
	Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar el rigor y la transparencia de las metodologías y de los procesos que generan la información.</li> <li>• Involucrar a otros actores en la implementación de los sistemas de mediciones</li> </ul>

**Tabla 6 (continuación): Marco conceptual sobre como diseminar información de desempeño para generar y apoyar el mejoramiento de la calidad en las organizaciones de salud (Lemire y cols. 2013).**

<b>Contexto de los equipos de salud</b>	Características de los equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir intervenciones adaptadas a las necesidades, recursos y capacidades de los integrantes del equipo de salud (incluido modos de acceso a la información)</li> </ul>
	Contexto organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la cultura organizacional que fomente a los actores a interesarse en las mejoras que los afectan, a ser informados y a movilizar el conocimiento para este propósito.</li> </ul>
	Necesidades de los equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer de las necesidades específicas de información de los usuarios.</li> <li>Establecer un balance adecuado entre la información de procesos y resultados, que permita comparaciones regionales y/o nacionales.</li> </ul>
	Compromiso de los equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Involucrar a los diferentes actores en (varias) etapas de la estrategia de disseminación, enfatizando en el aprendizaje y mejora, y no en la culpa.</li> </ul>
<b>Los procesos de disseminación</b>	Liderazgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar activamente actividades tales como: promoción de los objetivos, movilización actores influyentes en los sitios clave, apoyo o asistencia personalizada, apoyo de gestión, etc.</li> </ul>
	Interacciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar intercambios entre quienes producen la información y otros actores, estimulando la colaboración, las alianzas y la participación.</li> </ul>
	Apoyo y continuidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar actividades y recursos para Apoyo fomentar y guiar a los equipos de salud para aplicar la información con el fin de desarrollar estrategias de mejora.</li> </ul>
	Sincronización y rutinización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difundir oportunamente la información de acuerdo a la agenda de toma de decisiones.</li> <li>Repetir la difusión en el tiempo y a través de diferentes canales, asegurando la infraestructura tecnológica que proporcione un acceso fácil, rápido y continuo de la información.</li> </ul>
	Disponibilidad de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar para la estrategia de comunicación los recursos financieros, de información, tecnológicos o humanos, o que se puedan expresar en términos del tiempo requerido (la falta de tiempo es una de las mayores barreras para el uso de la información en las instituciones).</li> </ul>
<b>Los procesos de utilización de la información</b>	Comprensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar el contenido, los formatos, y la forma de comunicar la información, teniendo en cuenta el número de categorías, su estabilidad, comparadores adecuados y contexto.</li> </ul>
	Extrapolación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar información demasiado general, no contextualizada o confusa.</li> <li>Proveer información en línea con las necesidades para la toma de decisiones.</li> </ul>
	Incentivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar los incentivos para dirigir la atención de los equipos de salud hacia la información y animarlos a realizar mejoras. Los tres tipos de incentivos más comúnmente estudiados son el reconocimiento, las recompensas y las obligaciones normativas, siendo el primero de ellos el que ha obtenido resultados más favorables.</li> </ul>
	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar la evaluación, devolución y ajuste adecuado en respuesta a la misma, de una manera pro-activa, focalizando en las mejoras y no en las críticas.</li> <li>Estimular esta actividad de manera interdisciplinaria y con representación intersectorial.</li> </ul>

### Opción 3 - Intervenciones que optimicen el cambio de prácticas (incluida las guías de práctica y la adopción de políticas):

Una meta-revisión (revisión de revisiones sistemáticas) publicada en octubre de 2015 incluyó 67 revisiones sistemáticas sobre intervenciones orientadas al cambio de comportamientos (actitudes y prácticas) de los profesionales de la salud en el primero y segundo nivel de atención (Johnson 2015). Las estrategias utilizadas en los estudios incluidos pueden agruparse en tres categorías principales: intervenciones persuasivas, intervenciones educativas e informativas, e intervenciones de acción y monitoreo.

**Intervenciones persuasivas:** estrategias de cambio de comportamiento basadas persuadir y ofrecer a los participantes de los equipos un alto nivel de discrecionalidad sobre la manera en que los cambios de comportamiento, actitudes o prácticas se llevan a cabo. Incluyen mercadeo, uso de medios de comunicación, líderes locales de opinión y procesos de consenso local. Las conclusiones de los estudios incluidos en las revisiones son contradictorias, aunque pareciera que la identificación prospectiva de barreras en poblaciones específicas (mercadeo) pudiera ser más efectiva que la utilización de medios masivos. Las estrategias basadas en líderes locales de opinión y procesos de consenso local no mostraron efectos claros en el uso de prácticas o resultados clínicos. Algunas de estas intervenciones se evaluaron en forma combinada con resultados dispares.

**Intervenciones educativas e informativas:** Incluyen la distribución materiales educativos, las reuniones educativas, las visitas de extensión educativas y las intervenciones terciadas en el paciente. Dependen de la disponibilidad de materiales educativos o de otro tipo de información clínica. La evidencia es contradictoria para cada una de las intervenciones cuando se evalúan en forma individual. Sin embargo, en 11 de 16 revisiones sistemáticas que evaluaron estrategias multifacéticas se encontró que las reuniones educativas (dentro de estas estrategias) mejoraron las prácticas profesionales, y en dos de ellas se encontraron beneficios para los pacientes. Doce revisiones que incluyeron intervenciones múltiples evaluaron las visitas de extensión educativa, en 8 de

### CUADRO 12: INTERVENCIONES PROFESIONALES

Según el grupo de Prácticas Efectivas en Organización de los Cuidados de Salud (EPOC) de la Colaboración Cochrane, las intervenciones profesionales pueden agruparse en:

- 1. Distribución materiales educativos:** recomendaciones publicadas o impresas para la atención clínica, incluyendo GPC, materiales audiovisuales y publicaciones electrónicas (entregados personalmente o por medio de correos masivos)
- 2. Reuniones educativas:** conferencias, charlas, talleres o periodos de prácticas.
- 3. Procesos de consenso local:** participación de los equipos en la discusión para asegurar acuerdos en el problema clínico y en el enfoque del manejo
- 4. Visitas de extensión educativa:** personas entrenadas que se reúnen con los equipos de salud en sus entornos de práctica para dar información con la intención de cambiar las prácticas
- 5. Líderes locales de opinión:** integrantes del equipo designados por sus colegas como “educativamente influyentes”
- 6. Intervenciones terciadas en el paciente:** Nueva información clínica (no disponible anteriormente) recogida directamente de los pacientes y dada a los integrantes del equipo.
- 7. Auditoría y devolución:** resumen del desempeño clínico (obtenidos a partir de las historias clínicas, bases de datos u observaciones) durante un período de tiempo (pueden incluir recomendaciones).
- 8. Recordatorios:** información específica destinada a recordar la información para realizar o evitar algún tipo práctica. Incluye el apoyo a las decisiones asistida por computadoras.
- 9. Mercadeo:** utilización de entrevistas personales, grupos focales o estudios dirigidos a identificar barreras al cambio para el posterior diseño de intervenciones orientadas a esas barreras
- 10. Medios de comunicación:** Masivos que alcancen a un gran número de personas (televisión, radio, diarios, carteles, volantes y folletos), solos o en combinación con otras intervenciones; o dirigidos a una población específica.

ellas mostraron ser eficaces para cambiar las prácticas. Dos revisiones afirmaron que las intervenciones de extensión educativa utilizando detalles académicos son superiores a otros tipos de intervención.

**Intervenciones de acción y monitoreo:** Estrategias dirigidas a propiciar cambios de actitudes o prácticas mediante la supervisión y el refuerzo continuo de los comportamientos deseados. Incluye la auditoría y devolución y los recordatorios. Cuando fue evaluada individualmente, la auditoría y devolución (retroalimentación) podría conducir a mejoras en los resultados de la práctica profesional y en los pacientes. En 11 revisiones de intervenciones multifacéticas que incluyeron esta intervención se encontraron beneficios en la práctica profesional. Dieciocho revisiones evaluaron los recordatorios como estrategia aislada con resultados contradictorios, debido a la heterogeneidad de los métodos y los mensajes utilizados. Cuando se evaluaron dentro de estrategias multifacéticas, 11 de 15 revisiones encontraron que pueden mejorar las prácticas profesionales, mientras que en 6 de 8 que evaluaron resultados clínicos no se encontraron resultados claros.

**Tabla 7: Resumen de los hallazgos claves de la revisión sistemática “La promoción de cambios en el comportamiento profesional en la atención de salud: ¿Qué intervenciones funcionan y por qué?”**

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las intervenciones basadas en la acción (por ejemplo, auditoría devolución y recordatorios) y varios tipos de intervenciones educativas tienden a ser más propensos a éxito para cambiar el comportamiento profesional que las basadas en la persuasión, tales como los procesos de consenso local y líderes locales de opinión.</li> <li>Las intervenciones multifacéticas (combinación de dos o más estrategias individuales) tienden a ser más efectivas que las intervenciones aisladas en los cambios de prácticas, y podrían influir positivamente en los resultados de los pacientes</li> </ul>
Daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se proveyeron datos acerca de los potenciales daños o efectos adversos de las intervenciones estudiadas.</li> </ul>
Uso de recursos, costos y/o costo- efectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se proveyeron datos acerca de la utilización de recursos y/o costo-efectividad de las intervenciones estudiadas. Sin embargo se anticipa que cada una de las intervenciones evaluadas implica la utilización de recursos.</li> </ul>
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las revisiones sistemáticas evaluadas en esta revisión tienen una calidad metodológica moderada a alta (promedios de evaluación AMSTAR para cada dominio que fluctúa de 7/11 a 11/11)</li> <li>Sin embargo existe incertidumbre sobre la magnitud de los efectos debido a la heterogeneidad de las intervenciones estudiadas, la calidad metodológica (incluida la antigüedad) de los estudios individuales incluidos en las revisiones, y la imposibilidad, en algunos casos de separar el efecto individual de cada intervención en las estrategias multifacéticas.</li> </ul>
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se hace referencia si las intervenciones se probaron sólo en países de altos ingresos, o si se incluyeron estudios conducidos en países de ingresos medios o bajos.</li> <li>Esta meta-revisión proporciona poca información sobre otros aspectos del contexto en donde se aplicaron las intervenciones, por lo que es difícil determinar si éstas serán también eficaces en otros sitios.</li> </ul>
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antes de la utilización de cualquiera de las intervenciones se deben diagnosticar las circunstancias específicas en las que se desarrolla el equipo de trabajo. El ajuste más adecuado entre las intervenciones y los problemas, y las características del contexto son factores más importantes que el nivel subyacente de evidencias para mejorar la eficacia de los equipos.</li> </ul>

#### **4- Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad:**

En la mayoría de las intervenciones evaluadas para cada una de las tres opciones que se presentan en este resumen de políticas, los destinatarios de tales intervenciones son los integrantes de los equipos de salud, por lo que no se anticipan conflictos relacionados a la equidad.

Sin embargo, en aquellas intervenciones dirigidas a la comunidad, tales como el uso de los medios masivos de comunicación, o la difusión de información de rendimiento a la comunidad para fomentar el cambio de prácticas de los profesionales, podrían afectarse a las poblaciones más vulnerables debido a la utilización de medios o canales no adecuadas para ellas, o por las relaciones asimétricas de poder entre estos usuarios y los integrantes del sistema de salud.

## 5- Referencias Bibliográficas:

- Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrenato I, Sperati F, Costiniuk C, Blank D, Schünemann H. Framing of health information messages. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006777. DOI:10.1002/14651858.CD006777.pub2.
- Buljac-Samardzic M, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JD, van Wijk KP. Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy*. 2010 Mar;94(3):183-95.
- Bronstein J, Ounpraseuth S, Jonkman J, Lowery CL, Fletcher D, Nugent RR, Hall RW. Improving Perinatal Regionalization for Preterm Deliveries in a Medicaid Covered Population: Initial Impact of the Arkansas ANGELS Intervention. *Health Services Research* (August 2011): 46:4.
- Cohen SG, Bailey DR. What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management* 1997;23(4):238–90.
- De Mucio B, Fescina R, Schwarcz A, Garibaldi MC, Méndez Valdemarín GC. Regionalización de la atención perinatal. Documentos. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2011.
- EPOC C. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data Collection Checklist. <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>. 2002.
- Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion* 2003;10(1-2): 11– 12.
- Fenton AC, Leslie A, Skeoch CH. Optimising neonatal transfer. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004 May;89(3):F215-9.
- Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008 Jan 15;148(2):111-23.
- Harris BA Jr, Wirtschafter DD, Huddleston JF, Perlis HW. In utero versus neonatal transportation of high-risk perinates: a comparison. *Obstet Gynecol*. 1981 Apr;57(4):496-9.
- Hussein J, Kanguru L, Astin M, Munjanja S (2012), The Effectiveness of Emergency Obstetric Referral Interventions in Developing Country Settings: A Systematic Review. *PLoS Med* 9(7): e1001264.
- Johnson MJ, May CR. Promoting professional behavior change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. *BMJ Open* 2015; 5:e008592.doi:10.1136/bmjopen-2015-008592.
- Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, Wall SN, Nandakumar AK, Syed U, Darmstadt GL. Linking families and facilities for care at birth: what works to avert intrapartum-related deaths? *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Oct;107 Suppl 1:S65-85, S86-8.
- Lemire M, Demers-Payette O, Jefferson-Falardeau J. Dissemination of performance information and continuous improvement. A narrative systematic review. *Journal of Health Organization and Management* 2013. 27 (4):449-478.
- Nowakowski L, Barfield WD, Kroelinger CD, Lauver CB, Lawler MH, White VA, Raskin Ramos L. Assessment of State Measures of Risk-Appropriate Care for Very Low Birth Weight Infants and Recommendations for Enhancing Regionalized State Systems. *Matern Child Health J* (2012) 16:217–227.
- Rashidian A, Omidvari AH, Vali V, Mortaz S, R. Yousefi-Nooraie, Jafari M, Bhutta ZA. The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review. *Public Health* 128 (2014) 872-885.
- Stroud MH, Trautman MS, Meyer K, Moss MM, Schwartz HP, Bigham MT, Tsarouhas N, Douglas WP, Romito J, Hauff S, Meyer MT, Insoft R. Pediatric and neonatal interfacility transport: results from a national consensus conference. *Pediatrics*. 2013 Aug;132(2):359-66.
- Whyte HE, Jefferies AL; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. The interfacility transport of critically ill newborns. *Paediatr Child Health*. 2015 Jun-Jul;20(5):265-75.



## 6- APÉNDICES

Las siguientes tablas proporcionan información detallada acerca de las revisiones sistemáticas identificadas para cada opción. Cada fila de la tabla corresponde a una revisión sistemática en particular. El enfoque de la revisión se describe en la segunda columna. Los principales hallazgos de la revisión que se relacionan con la opción se enumeran en la tercera columna, mientras que en la cuarta columna se presenta una clasificación de la calidad general de la revisión. La calidad de cada estudio se ha evaluado utilizando AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Reviews /Un Instrumento de Medida para Evaluar Revisiones), que califica la calidad global en una escala de 0 a 11, donde 11/11 representa una revisión de la más alta calidad. Es importante señalar que la herramienta AMSTAR se desarrolló para evaluar revisiones enfocadas a intervenciones clínicas, de modo que no todos los criterios se aplican a las revisiones sistemáticas relativas a mecanismos de prestación, financieros o de gobernanza dentro de los sistemas de salud. Si el denominador no es de 11, los evaluadores consideraron no pertinente un aspecto de la herramienta. Al comparar puntuaciones, es, por lo tanto, importante tener en mente las dos partes de la puntuación (es decir, el numerador y el denominador). Por ejemplo, una revisión con una puntuación de 8/8 es, en general, de calidad comparable a una revisión de puntuación 11/11, siendo ambas consideradas "altas puntuaciones." Una puntuación alta indica que los lectores de la revisión pueden tener un alto nivel de confianza en sus hallazgos. Una puntuación baja, en cambio, no significa que se debe descartar la revisión sino que se puede tener menos confianza en sus hallazgos y que la revisión se debe examinar a profundidad para identificar sus limitaciones. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Research Policy and Systems*).

Las tres últimas columnas proporcionan información acerca de la utilidad de la revisión en términos de aplicabilidad local, equidad y aplicabilidad del tema. La quinta columna señala la proporción de estudios que se realizaron en países de medianos y bajos ingresos, mientras que la sexta columna indica la proporción de estudios incluidos en la revisión que tratan explícitamente de uno de los grupos priorizados - es decir, las poblaciones vulnerables La última columna indica la aplicabilidad del tema de la revisión en términos de si aborda o no arreglos de entrega, arreglos financieros, intervenciones de implementación, etc.

Toda la información proporcionada en las tablas de los apéndices ha sido tomada en cuenta por los autores del resumen ejecutivo para la elaboración de tablas 1-3 del texto principal del resumen.

## Apéndice 1: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 1: Transporte materno y neonatal

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos claves	AMSTAR (calificación de calidad)	Proporción de estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos	Proporción de estudios que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados	Foco en
Movilización comunitaria, incentivos financieros, sistemas de referencia y de transporte de emergencia, atención prenatal, detección de riesgos y casas de espera.	Estrategias para acercar a las familias a las instituciones de salud.	La movilización comunitaria puede aumentar los partos institucionales y reducir la mortalidad perinatal y neonatal precoz (calidad moderada). Los planes de incentivos financieros y los sistemas de referencia / transporte desde la comunidad pueden aumentar las tasas de asistencia calificada en el parto y obstétrica de emergencia (evidencia limitada). La evidencia actual sobre casas de espera y clasificación de riesgos de detección es de baja calidad.	6/11 (realizado por el McMaster Health Forum)	Sólo en países de bajos ingresos de África, Sudeste Asiático y Latinoamérica.	Algunos estudios se condujeron únicamente en población de comunidades rurales	Arreglos de gobernanza, arreglos financieros, arreglos de entrega, estrategias de implementación
Fondos de emergencia para el transporte, acompañamiento de las embarazadas a los centros de salud, educación, integración, casas de espera, uso de radios, etc.	Intervenciones de derivación que permitan a las mujeres embarazadas llegar a los centros de salud ante una emergencia.	Las intervenciones de movilización comunitaria pueden reducir la mortalidad neonatal, pero la contribución específica de los componentes de referencia no pueden determinarse.	9/10 (realizado por el McMaster Health Forum)	Sólo en países de bajos ingresos: Bangladesh, Burkina Faso, Guatemala, India, Indonesia, Malawi, Nepal, Pakistán, Zambia y Zimbabue.	Todos los estudios se realizaron sobre poblaciones vulnerables.	Arreglos de entrega.
Equipos de trabajo especializados versus equipos no especializados para el transporte neonatal.	Efecto del entrenamiento de los equipos de transporte en la morbimortalidad neonatal	No se encontraron estudios elegibles	N/C	No se encontraron estudios elegibles	No se encontraron estudios elegibles	No se encontraron estudios elegibles

## Apéndice 2: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 2: Intervenciones que optimicen el trabajo en equipos en el sistema de salud

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos claves	AMSTAR (calificación de calidad)	Proporción de estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos	Proporción de estudios que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados	Foco en
Efecto de la publicación de los datos de rendimiento en la calidad y en los resultados clínicos.	Comunicación dirigida a los usuarios del sistema de salud	La evidencia acerca de la presentación de informes públicos sobre la eficacia en el desempeño de los efectores, en las prácticas individuales y en la seguridad es limitada.	5/11 (realizado por el McMaster Health Forum)	Sólo en países desarrollados: EEUU.	No se provee información	Arreglos de entrega
Marco que se le da a la información para la comunicación	Comunicación dirigida a los usuarios del sistema de salud	Evidencia de calidad baja a moderada sugiere que tanto en encuadre por atributos o por resultados tienen poco o ningún efecto en el comportamiento de los consumidores de servicios de salud.	10/11 (realizado por el McMaster Health Forum)	Sólo en países desarrollados: Australia, Bélgica, Canadá, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido, EEUU.	No se provee información	Estrategia de implementación
Factores asociados a la difusión de información sobre el rendimiento	Procesos de difusión de los conocimientos en los sistemas de salud y su utilización por los equipos de salud	Descripción narrativa de las intervenciones en las 5 dimensiones: la intervención, los equipos de salud, la información, y los procesos de diseminación y de utilización de la información.	3/9 (realizado por el McMaster Health Forum)	No se provee información	No se provee información	Arreglos de entrega

**Apéndice 3:** Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 3:  
Intervenciones que optimicen el cambio de prácticas

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos claves	AMSTAR (calificación de calidad)	Proporción de estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos	Proporción de estudios que tratan explícitamente con uno de los grupos priorizados	Foco en
Distribución de materiales educativos, Reuniones educativas, Procesos de consenso local, Visitas de extensión educativa, Líderes locales de opinión, Intervenciones terciadas en el paciente, Auditoría y devolución, Recordatorios, Mercadeo y Medios de comunicación.	Intervenciones orientadas al cambio de comportamientos (actitudes y prácticas) de los profesionales de la salud en el primero y segundo nivel de atención	La auditoría devolución y los recordatorios, y varios tipos de intervenciones educativas podrían ser superiores para cambiar el comportamiento profesional que los procesos de consenso local y líderes locales de opinión.  Las intervenciones multifacéticas tienden a ser más efectivas que las intervenciones aisladas.	7/10 (realizado por proyecto RAMPAS)	No se provee información	No se provee información	Arreglos de entrega  Estrategias de implementación