

2020

Aportes de enfermería en la implementación de la estrategia de referencia y contrareferencia del plan integral de desarrollo infantil : perspectiva de las usuarias y los profesionales

Cuartas, Carolina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/999>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGOGICO DE ENFERMERIA
CARRERA: LIC. EN ENFERMERIA
CATEDRA: TRABAJO FINAL
DOCENTE: Dra. BARG, MONICA

Aportes de Enfermería en la implementación de la estrategia de Referencia y Contrareferencia del Plan Integral de Desarrollo Infantil.

Perspectiva de las usuarias y los profesionales.

ESTUDIANTE:
Enf. CUARTAS, CAROLINA

Septiembre, 2020

Índice

CAPITULO I	
INTRODUCCION	3
Palabras clave	
1.1 Área problema	4
1.2 Pregunta Problema	5
1.3 Objetivo General	6
1.4 Objetivos Específicos	6
1.5 Propósito	6
1.6 Justificación	7
CAPITULO II	
2. 1 Marco teórico.	9
CAPITULO III	
3.1 Diseño Metodológico	30
3.2 Ámbito de estudio	30
3.3 Instrumento para la recolección de datos	31
3.4 Criterio de inclusión	32
3.5 Consideraciones éticas	33
CAPITULO IV	
4.1 Resultados y discusión	35
CAPITULO V	
5.1 Conclusión	49
BIBLIOGRAFIA	50

CAPITULO I

Introducción

Esta investigación pretende dar cuenta de los aportes disciplinares de la Enfermería en la implementación de la estrategia del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) del Municipio de General Pueyrredón, desde la perspectiva de los usuarios y de los profesionales.

La idea de abordar esta problemática surge de una necesidad personal y de los profesionales que integran el servicio de enfermería la estrategia del PIDI, de conocer si los cuidados de enfermería brindados a las puérperas, y consecuentemente a los recién nacidos, proporcionan aportes significativos para ellas, y si conducen a beneficios dentro del fragmentado sistema de salud que son valorados de alguna manera por parte de los profesionales que atienden en los CAPS. El análisis de estos datos es un insumo indispensable para mejorar, reorientar o rediseñar la metodología de trabajo del profesional de enfermería de la estrategia PIDI.

La intención de este trabajo es que los resultados puedan aportar críticas, discusión y acciones que promuevan un mejor acceso a la atención de los recién nacidos y puérperas a fin ser una contribución al mejoramiento de la salud de la población materno infantil del partido de General Pueyrredon, y consecuentemente al logro de los Objetivos del Milenio, la disminución de la morbilidad materna e infantil.

Palabras Clave:

Enfermería Comunitaria- Salud Pública- Referencia y Contrareferencia- Evaluación de Programas de Promoción de la Salud.

AREA PROBLEMA

1.1 Planteo del Problema

En el año 2013 surge la necesidad desde el servicio de Enfermería de la Estrategia PIDI de conocer los aportes de enfermería para el binomio madre-hijo en la implementación de la estrategia del Plan, es decir la efectividad de la intervención de Enfermería, y esto fue el disparador para investigar acerca de evaluaciones en promoción de la salud, teniendo en cuenta que estos resultados nos brindaran información que permita reflexionar acerca del éxito de la intervención, y modificarla y/o reorientarla si es necesario.

El PIDI es un Plan de implementación transversal¹, que integra todas las acciones que favorezcan el desarrollo infantil desde la gestación hasta los 6 años. Se encuadra en la perspectiva de la OMS que en el año 2005 considera al *“Desarrollo infantil temprano como determinante de la salud y el desarrollo humano”*, teniendo en cuenta que el desarrollo en su conjunto depende de la interacción dinámica del niño/a con su entorno. “El objetivo general del Plan es promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0 a 6 años y de mujeres embarazadas y puérperas del Partido de General Pueyrredón, desde los Centros de Atención Primaria de Salud.”² Propone en este marco, consensuar criterios para la implementación de las prácticas orientadas al logro del propósito del Plan Integral de Desarrollo Infantil.

El PIDI promueve la accesibilidad al sistema público de salud del Partido de General Pueyrredón, a través de considerar a los niños y a las niñas como sujetos de derecho. Este propósito se logra mediante la implementación de acciones tendientes a

¹ Transversal: hace referencia a la implementación desde todos los determinantes sociales de la salud individuales y colectivos.

² Castaño, L M; Garcia, J; Kiffer, M. (2018) Documento Plan Integral de Desarrollo Infantil. Objetivos y fundamentación. División de Salud Comunitaria. Municipalidad de general Pueyrredon. Mar del Plata

asegurar una atención preconcepcional, durante el embarazo, parto y puerperio; así como el abordaje del entorno familiar.

La estrategia de Referencia y Contrareferencia es fundamental dentro del Plan Integral de Desarrollo Infantil. Su Objetivo es servir de nexo entre el sistema de Atención Primaria de Salud del Municipio de General Pueyrredón y el efector del segundo nivel de atención Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Victorio Tetamanti".

Si bien la oficina municipal de referencia y contrareferencia funcionaba desde hace más de 10 años en la ventanilla 1 del hospital, tenía una dinámica diferente. Solamente recepcionaba turnos de interconsulta para especialidades pediátricas y de embarazadas de los CAPS y luego de solicitarlos en oficina de turnos del HIEMI, eran devueltos a cada centro telefónicamente. En relación al egreso del RN y las puérperas, solo eran derivados a control en el CAPS si al momento del egreso se acercaban a la ventanilla municipal a solicitarlo.

A 10 años de la implementación de la estrategia PIDI dentro de la oficina de Referencia y Contrareferencia municipal, se han producido varios cambios, y uno de los más destacados fue la aparición de la enfermera municipal en el área de internación conjunta, cuyas intervenciones fueron ampliándose durante este período. Hoy se pretende conocer los aportes disciplinares de enfermería en la implementación de la estrategia PIDI, desde la perspectiva de las usuarias y de los profesionales.

1.2 Pregunta problema

¿Cuáles son los aportes disciplinares de Enfermería en la implementación de la estrategia del Plan Integral del desarrollo infantil, para las puérperas y en consecuencia para sus hijos recién nacidos, desde su propia perspectiva, y desde la perspectiva de los profesionales?

1.3 Objetivo General

Analizar los aportes disciplinares de Enfermería en la implementación de la estrategia del Plan Integral de Desarrollo Infantil del Municipio de General Pueyrredón, desde la perspectiva de las puérperas y de los profesionales en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

1.4 Objetivos Específicos

- Describir la metodología de atención de las puérperas antes y después de la implementación la estrategia del PIDI, desde su perspectiva.
- Describir la metodología de atención de los recién nacidos antes y después de la implementación de la estrategia del PIDI, desde la perspectiva de las puérperas.
- Describir la perspectiva de las puérperas en relación a la atención del profesional de enfermería en el HIEMI de la estrategia del PIDI.
- Describir la perspectiva de los profesionales que atienden a las puérperas y los recién nacidos, con respecto a la estrategia PIDI.
- Describir la metodología de atención de la población objeto, antes y después de la estrategia PIDI, desde la perspectiva de los profesionales.

1.5 Propósito.

Esta investigación tiene como propósito mostrar la importancia de la participación de enfermería en la aplicación de la estrategia PIDI, con el fin de justificar y mejorar la cantidad de capital humano, debido a que ello redundara en los beneficios para las puérperas y sus hijos recién nacidos, y dar a conocer la tarea de enfermería en la estrategia PIDI, dentro del municipio y en el sector privado.

2.6 Justificación.

A fin de determinar si es factible realizar una evaluación de los aportes de la disciplina Enfermera que se derivan de la implementación del Plan Integral de Desarrollo Infantil (PIDI), se ha indagado en relación a evaluaciones en promoción de la salud encontrando una Guía de evaluación de la efectividad en Promoción de la Salud elaborada en la Universidad del Valle, por el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES) de Colombia.

Dentro de la Guía de evaluación en programas de promoción de la salud, la evaluación se define como la comparación y valoración del cambio de un evento en relación con un patrón de referencia. En otras palabras, la evaluación también se ha definido como la valoración sistemática y objetiva de un proyecto, programa o política que se está desarrollando o se ha completado, su diseño, implementación y resultados. La evaluación debe brindar información creíble y útil, posibilitando la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones.³

Cuando se habla de efectividad en promoción de la salud es imperativo considerar la construcción de capacidad de los individuos o comunidades para controlar los factores que determinan su salud o el impacto de esta capacidad sobre el estado de salud y sus determinantes. Panerai y Pena (1989) definen la evaluación de efectividad como la probabilidad de que individuos de una población definida obtengan un beneficio de la aplicación de una iniciativa, en condiciones normales de uso. Cuando se hace referencia a la efectividad se está evaluando si una intervención sirve para lo que fue creada, cuando funciona bajo condiciones reales, no controladas. El elemento crítico aquí es el referente bajo el cual se compara y valora que algo sirve, o que es efectivo.

³ Salazar, L(2004). Evaluación de la efectividad en promoción de la salud. Guía de Evaluación Rápida CEDETES. Colombia. Recuperado de https://www.academia.edu/27138150/Evaluaci%C3%B3n_de_efectividad_en_promoci%C3%B3n_de_la_salud_gu%C3%ADa_de_evaluaci%C3%B3n_r%C3%A1pida

La construcción de este referente de comparación no es una simple cuestión técnica, sino que involucra una concepción filosófica sobre la salud, el derecho y oportunidad de los ciudadanos para obtenerla y la responsabilidad social de los diferentes actores para construirla, lo cual se explicita en los principios que orientan la promoción de la salud.⁴

Como se planteó en la introducción, uno de los motivos principales para la elaboración de esta investigación fue el interés personal y de las enfermeras de la estrategia PIDI, pero otro de los factores que motivo la realización de este trabajo es que dentro de esta guía de evaluación se destaca que la misma aporta información a los responsables de elaborar políticas y a los gestores de presupuestos, para juzgar el éxito de los programas y tomar decisiones para la asignación de recursos; y que es de interés no solo para los profesionales sino también para la comunidad ya que ofrece información acerca del éxito de una intervención con respecto al logro de los objetivos y las expectativas.⁵ Esto es fundamental, ya que una de las problemáticas que afecta el resultado final del trabajo diario en la estrategia PIDI es la cantidad de recurso humano enfermero, lo que afecta el objetivo final del plan.

La evaluación debe construirse en un proceso sistemático, en una tarea cuya periodicidad se extienda en el tiempo que dure la implementación de la intervención y más allá de su finalización.

La evaluación puede orientarse a valorar la implementación de la intervención, reconociendo las fortalezas, frustraciones, grado de satisfacción del usuario, reacciones de interesados y opositores; a valorar el impacto en cuanto al cumplimiento de sus objetivos o a generar nuevo conocimiento mediante la prueba de hipótesis.⁶ Esta investigación desea valorar los aportes de la disciplina enfermera en la implementación de la estrategia, debido a que toda practica enfermera requiere de una mirada crítica que permita valorar los resultados y evaluar la consecución de los objetivos propuestos.

⁴ IBIDEM (3)

⁵ IBIDEM (3)

⁶ IBIDEM (3)

CAPITULO II

2.1 Marco teórico

Uno de los más graves problemas de la salud pública según la Organización Mundial de la Salud es la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Las mujeres de los grupos socioeconómicos bajos son las más afectadas debido al limitado acceso a servicios de salud integral y de calidad, así como por deficiencias de las políticas de salud focalizadas en la salud sexual y reproductiva.⁷ Además, varios de los factores de riesgo de mortalidad infantil, especialmente durante el período perinatal y neonatal, se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva de la madre.⁸

Si bien históricamente los gobiernos nacionales han destinado esfuerzos en elaborar políticas para el mejoramiento de esta problemática, fue en septiembre de 2000 donde la mayor reunión de Jefes de Estado de toda la historia marcó el comienzo de una importante mejora en las tasas de mortalidad materna e infantil mundiales. Con la adopción de la Declaración del Milenio, se fijaron Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015. Dichos objetivos consisten en reducir la pobreza y el hambre, mejorar la educación, hacer frente a las inequidades de género, a los problemas sanitarios y a la degradación del medio ambiente, y crear una alianza mundial en pro del desarrollo. Este trabajo intenta dilucidar los aportes de la disciplina enfermera en un Plan de promoción de la Salud, cuyo objetivo macro tiene que ver con el ODM 5, cuya meta consiste en reducir la razón de la mortalidad materna (RMM) en

⁷ OPS/ OMS. (2017). *Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33712/9789275319338-spa.pdf> Revisado mayo 2018-05-11

⁸Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf

tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Como la mortalidad neonatal depende en gran medida de la mortalidad materna, los progresos con respecto al ODM 5 también repercutirán en la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4).⁹

En nuestro país, en el año 2004 se sentaron las bases del Plan Federal de Salud, en relación a la disminución de la mortalidad materna e infantil. Uno de los objetivos del plan fue lograr en 4 años que las tasas de mortalidad neonatal e infantil del país disminuyan en un 25% respecto del año 2002 y que, ambas tasas, no superen en ninguna jurisdicción los respectivos valores de los promedios nacionales del año 2002. En relación a las tasas de mortalidad neonatal e infantil, el objetivo fue que las mismas en la jurisdicción con el valor más alto de mortalidad, no sea mayor al doble de la tasa de la jurisdicción con el valor más bajo (equidad). En cuanto a la mortalidad materna se planteó lograr en 4 años que al menos el 60% de las mujeres embarazadas haya tenido un primer control precoz (durante el primer trimestre), que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor del año 2002, entre otros.¹⁰

Datos del Ministerio de Salud revelan que en el año 2007 sobre 155.440 embarazos registrados, un 9.2% no habían tenido control prenatal y el 17.9% habían realizado 1-4 consultas prenatales. De lo cual, se infiere que en nuestro país, sabiéndose que la mayoría de los nacimientos son institucionales, sólo el 72,9 % de las embarazadas han tenido un cuidado aceptable de su embarazo en cuanto al número de consultas, independientemente de los contenidos y la calidad del control prenatal.

Asimismo, un 52.5% ha tenido su primera consulta en el primer trimestre del embarazo con la posibilidad de detectar precozmente factores de riesgo y actuar oportunamente frente a potenciales complicaciones.¹¹

⁹ OPS/ OMS. (2017). *Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33712/9789275319338-spa.pdf>

¹⁰ Op. Cit. (8)

¹¹ Op. Cit. (8)

Con el panorama anteriormente descrito, para noviembre del año 2008 en el Consejo Federal de Salud (COFESA) se acordó entre las 24 jurisdicciones nacionales, junto a representantes de distintas organizaciones: (sociedades científicas y sociales ONGs) y junto a los municipios, entre otros actores, un plan estratégico para la reducción de la Mortalidad materna y la Mortalidad Infantil 2009 – 2011.

El propósito final de este plan nacional era reducir para fines de 2011, la mortalidad materna al 3,3 por cada 10.000 nacidos vivos y la Mortalidad Infantil a menos de 10 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Y dentro de los objetivos, plantea esa reducción de la mortalidad infantil, en sus componentes neonatal y posnatal, y la reducción de la mortalidad materna por todas sus causas, incluyendo la producida por embarazo y aborto adolescente, mediante la mejora en el acceso a la atención de calidad de la salud sexual y procreación responsable y la implementación de un abordaje integral del embarazo adolescente con perspectiva de disminución a mediano y corto plazo.

Uno de los aspectos que se desarrollan en dicho plan, está enfocado en la importancia que cada centro asistencial asegure que la información generada en la contrareferencia llegue dentro de las 48 hs. de producida el alta, con el objetivo que se pueda controlar la concurrencia de madre e hijo a los controles programados. Asimismo, el programa prevé la categorización de riesgo socio – sanitario que permita un seguimiento informado de cada familia.

Otro de los aspectos que desarrolla, en función de la reducción de la mortalidad, es el Consultorio de alta conjunta. Dentro de esta estrategia se enumera como actividades ofrecer a la madre la información sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, asegurarse que la madre se retirará de la institución con la libreta sanitaria para su hijo, así como también asegurar la vacunación del binomio madre- hijo (según corresponda: BCG, hepatitis B, rubéola). Se destaca también la importancia de impartir claras nociones sobre higiene tanto para el RN como para la madre, dar a conocer los recursos a los que dispone de ayuda, en caso de ser necesario, y procurar dar el espacio y el tiempo necesario para toda consulta posible que tenga la madre sobre su

salud y la de su familia, a fin de que la familia se sienta cómoda, manifestando sus dudas en lo referente a su salud sexual y procreación, las necesidades económico financieras, etc.

El equipo de salud deberá clasificar el riesgo social y de salud de la madre y consignarlo en un formulario, según dichos factores se determinará la fecha para el primer control del niño y de la madre. El personal interviniente deberá asegurarse que los turnos se den el mismo día para facilitar la concurrencia al control ¹²

El objetivo general del COFESA, mediante el plan de reducción de la mortalidad materna e infantil, consiste en organizar un sistema de referencia y contrarreferencia inserto dentro del sistema de salud que dé una respuesta suficiente y oportuna a las necesidades de atención de la población. Para ello es necesario Implementar redes de referencia-contrarreferencia para emergencias, internación e interconsultas, con turnos programados, fortalecer la red de comunicación y transporte a fin de evitar el desplazamiento innecesario de la comunidad, y organizar redes de servicios intermedios para exámenes complementarios: tomas descentralizadas de muestras de laboratorio, PAP y colposcopia, de Diagnóstico por Imágenes (Ecografía y Radiología) con turnos programados en los efectores correspondientes.¹³ Se destaca además que a pesar que se utiliza la estrategia de atención primaria de la salud y la implementación de los sistemas locales, la organización de la referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y el hospital local no se logra eficazmente y es una de las asignaturas pendientes de los sistemas de salud. Las redes se encuentran (aún en aquellas provincias en las que las zonas sanitarias se hallan establecidas) desorganizadas.

Según el informe acerca de la implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009-2011, las mortalidades materna, infantil, de la mujer por cáncer de cuello uterino y de la adolescente son indicadores de un proceso continuo de la atención a la mujer en general, la mujer en edad reproductiva y la embarazada, el parto,

¹²Op. Cit. (8)

¹³Op. Cit. (8)

el recién nacido y el niño. Los resultados en nuestro país no son satisfactorios, las tasas de mortalidad infantil, materna y por cáncer de cuello de útero, son altas en comparación con otros países de la región y en función del gasto en salud realizado. Por otro lado, la distribución de la mortalidad en la Argentina es inequitativa: un recién nacido o una mujer embarazada tienen más probabilidades de morir en las regiones del Noroeste y Noreste Argentino, que si sus lugares de residencia fueran la Ciudad de Buenos Aires o la Región Patagónica

Durante el año 2010, según datos estadísticos del Ministerio de Salud de la Nación, de un total de 40.518.935 habitantes, la tasa de mortalidad materna fue del 4.4% (331), y del 7.9% (5942) para los neonatos. Dichos valores representan un total de 6.273 fallecidos. En la provincia de Buenos Aires, de un total de 3.058.309 habitantes en 2010, la tasa de mortalidad materna fue también del 4,4% (128) y la neonatal del 7,6% (2202), con un total de 2329 fallecidos. En el mismo año para el Partido de General Pueyrredon, se registraron 9946 nacidos vivos, 52 neonatos fallecidos y 1 muerte materna.¹⁴

En el año 2012 se produjeron en Argentina 5.541 defunciones de niños menores de 1 mes, sobre 738.318 nacidos vivos, lo cual se traduce en una Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) de 7,5‰. La Mortalidad Neonatal forma parte de la Mortalidad Infantil y es proporcionalmente mayor (mortalidad “dura”) cuanto más baja sea la Tasa de Mortalidad Infantil, como se puede observar en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socio-económicas y culturales.

El análisis de las causas de mortalidad de los niños menores de 1 mes en el país en el año 2012 presenta las siguientes características: La primera causa son las afecciones originadas en el período perinatal, responsables de 68,7% de la mortalidad

¹⁴ Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2012). Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por Lugar de Residencia. Argentina – Año 2010. *Boletines*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Boletin134.pdf>

neonatal. En el segundo lugar, aparecen las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, responsables de 27,2% de las defunciones neonatales del año 2012. Entre las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones, se encuentra la causa de 96% de las muertes en el primer mes de vida Del año 2012. Luego encontramos las enfermedades mal definidas (1,3% de la Mortalidad Neonatal). A continuación, se observan las enfermedades infecciosas y parasitarias, las causas externas de mortalidad, las enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades del sistema nervioso, los tumores, las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, las del sistema circulatorio, del sistema digestivo y las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, que representan la causa de menos del 1% de las defunciones neonatales, cada una.

En el año 2012, al comparar las Tasas de Mortalidad Neonatal de las jurisdicciones, se pone en evidencia la existencia de diferencias muy importantes: La TMN nacional fue 7,5‰. Buenos Aires, Corrientes, Formosa, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán tuvieron un valor que superó esa media nacional. La jurisdicción con la mayor TMN es Formosa (TMN= 11,7‰) tiene un valor 2,4 veces mayor que la jurisdicción con la menor TMN, Tierra del Fuego (TMN= 4,8‰). En cuanto a la evolución de este indicador en los últimos 10 años se observa: En la TMN nacional se constata un descenso de 28,7% (TMN en el año 2003: 10,5‰ y en el año 2012: 7,5‰), lo cual refleja el descenso de la TMN en casi todas las jurisdicciones, con la única excepción de Santiago del Estero (donde se constata un aumento en la TMN de 6%). En 6 jurisdicciones se registraron descensos en la TMN mayores al 40%: Catamarca, Chaco, Misiones, Río Negro, San Juan y San Luis. El mayor descenso se constata en Catamarca, donde la disminución de la TMN fue de 60,7%.

En el año 2012 se registraron 282.031 nacidos vivos con residencia en la provincia de Buenos Aires, y fallecieron 3.218 menores de 1 año, 447 niños de 1 a 4 años y 86 mujeres debido a causas provocadas o agravadas por el embarazo, parto o el puerperio. La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) fue 11,4‰, la Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años (TM1a4) fue de 0,5‰ y la Tasa de Mortalidad Materna fue 3‰.

En el año 2012 en la provincia de Buenos Aires se constataron 3.218 defunciones infantiles. De ellas, 2.132 corresponden a defunciones neonatales (66,3%) y 1.082 a defunciones postneonatales (33,7%). La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) fue 7,6‰ y la Tasa de Mortalidad Post-neonatal (TMP) fue 3,9‰.¹⁵

Los intentos de mejorar estos indicadores, que no solo son indicadores de salud sino también indicadores socio económicos, de calidad y estilos de vida de un país, datan de décadas atrás, y no ha sido en vano, ya que en el informe para Argentina del Consejo federal de políticas sociales se planteó que “la TMI ha registrado una tendencia al descenso a lo largo de los últimos 20 años. Entre 1990 y 2010, la TMI descendió de 25,6‰ a 11,9‰ (lo que implica un descenso del 53,5%). Con un total de recién nacidos vivos que osciló durante todo el período entre 700.000 y 750.000 por año, esta caída de la TMI tiene un correlato en el descenso del número absoluto de defunciones infantiles que disminuyeron en 8.387 casos.

De la revisión bibliográfica acerca de los antecedentes de evaluaciones en Promoción de la Salud, se destaca que en el 2012 el Ministerio de Salud de la Nación junto a la Comisión Nacional Salud Investiga, realizaron una evaluación del Plan propuesto en el año 2009 por el ministerio para la reducción de la mortalidad materna, infantil, de la mujer y de la adolescente, debido a que la su efectividad se desconocía. Realizaron una evaluación de medio término, enfocada en el proceso de implementación e intervenciones sustantivas y análisis de los resultados intermedios. Dicha evaluación es la indagación y valoración acerca de cómo se está ejecutando el programa de acuerdo a la planificación inicial. Esta evaluación implica una mirada integral sobre el programa, tanto desde la perspectiva de su gestión como de los resultados alcanzados, atendiendo aspectos de sus componentes, resultados, actividades, tareas, recursos, presupuesto, etc.

Se evaluó la fundamentación del modelo del Plan y la congruencia con los objetivos. A tal efecto, se relevaron documentos del Plan Operativo y estadísticas locales y se realizaron entrevistas con expertos. Las preguntas que se respondieron

¹⁵ Op. Cit (8)

giraron acerca de la existencia de documentos publicados que dieran cuenta del Plan; la presencia de análisis diagnósticos de las situaciones de mortalidades nacionales, provinciales y regionales; la base en la evidencia de las intervenciones sustantivas; la correspondencia entre las intervenciones sustantivas y las prácticas con mayor evidencia; la participación de expertos en el diseño y la coherencia del Plan con las metas planteadas.

Durante los primeros meses del año 2011, en el marco de la evaluación intermedia del Plan Operativo, se realizaron entrevistas con actores clave del Ministerio de Salud de la Nación y de las provincias y a los referentes de cada uno de los programas de la Secretaria de Salud Comunitaria, a fin de conocer el modelo de gestión instalado a nivel central para la implementación, el monitoreo y la evaluación del Plan en las provincias, evaluar la modalidad y el grado de articulación entre las distintas áreas/programas, apreciar la caracterización del Plan que hace desde su óptica particular cada uno de los referentes.

A partir del diseño del Plan se han implementado programas orientados a mejorar la situación preconcepcional, el control prenatal, la atención en el parto y la asistencia al recién nacido a través de un modelo de atención integral que garantiza el acceso a los servicios de salud a todas las embarazadas hasta los 45 días posteriores al parto. También se han desarrollado acciones específicas para niños entre 0 y 6 años de edad, que incluyen un área de control del crecimiento y desarrollo infantil,¹⁶

Dentro de las conclusiones del informe acerca de la evaluación se destaca en relación a la efectividad del Plan que los cambios en el sistema son paulatinos, con

¹⁶ Argentina. Ministerio de Salud. Comisión Nacional Salud Investiga. (2012). *Informe de evaluación de medio término. Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009-2011*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/Implementacion-Plan-Operativo-Reduccion-Mortalidad-%20Arg2009-2011.pdf>

avances y retrocesos. Los resultados son variables según la provincia y la región sanitaria. Es necesario un mayor lapso de tiempo para evaluar los resultados “duros” en términos de impacto en las tasas de mortalidad. A la fecha, hay dificultades con los sistemas de información, que impiden la adecuada toma de decisiones. Otro de los aspectos más destacados por los referentes provinciales fue el apoyo y la presencia del Ministerio de Salud de la Nación en todo el proceso, visualizado principalmente a través del acompañamiento de los equipos del Plan, ya que se reconoce que esta presencia “tracciona” ciertos cambios y acelera la toma de decisiones de los niveles provinciales. La definición de metas permite cuantificar los objetivos. También surge como necesidad seguir trabajando en forma transversal el establecimiento de en las diferentes provincias para la resolución de situaciones de salud y homogeneizan prestaciones.

Para el logro de los resultados planteados, se debe fortalecer la intervención del Plan en el Subsector de la Seguridad Social y Privado, donde ocurre la mitad de la mortalidad.

Se sugiere también dentro de las conclusiones buscar alternativas para mejorar la comunicación entre los programas y la integración de acciones que favorezcan la sinergia del Plan.

El desarrollo de un sistema de monitoreo del Plan, basado en indicadores intermedios que reflejen los avances logrados en cada jurisdicción, aportaría insumos para la realización de evaluaciones objetivas de y para todos los programas intervinientes. En relación a ello hay avances en el SIP Gestión, SITAM, etc. Se sugiere concentrar los sistemas de información y lograr que la información se visualice como insumo clave para la gestión y para la toma de decisiones. Trabajando en salas de situación y enfatizando ocurrencia de muerte por departamentos.

El Plan dispone de limitados recursos propios y genera escasos incentivos económicos para promover, en las provincias, respuestas acordes con los objetivos del Plan dadas las carencias de recursos de las provincias— podría contribuir a acelerar y/o consolidar los cambios propuestos. En este sentido, el Plan ha iniciado cierta articulación con otros programas —como el Plan Nacer—, a fin de movilizar recursos que

permitan colaborar con el sistema de salud provincial a través de incentivos económicos que promuevan los cambios buscados.

En el año 2005, se sanciona Ley Nacional N° 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños Y Adolescentes. Siguiendo con estos lineamientos es que en el Municipio de General Pueyrredon, en el año 2009/10, a través de la Ordenanza 16278 se crea el Plan de protección del Desarrollo Infantil. (PIDI)

En octubre de 2009 se diseña un Plan de implementación transversal que integre todas las acciones que favorezcan el desarrollo infantil desde la gestación hasta los 6 años, y de mujeres embarazadas del Partido de General Pueyrredon. Se encuadra en la perspectiva de la OMS que en el año 2005 considera al *“Desarrollo infantil temprano como determinante de la salud y el desarrollo humano”*, teniendo en cuenta que el desarrollo en su conjunto depende de la interacción dinámica del niño/a con su entorno. “El objetivo general del Plan es promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0 a 6 años y de mujeres embarazadas y puérperas del Partido de General Pueyrredon, desde los Centros de Atención Primaria de Salud, desde 2010 al 2012.”¹⁷ Propone en este marco, consensuar criterios para la implementación de las prácticas orientadas al logro del propósito del Plan Integral de Desarrollo Infantil. (PIDI) Actualmente este plan sigue en vigencia, y continúa creciendo desde distintos aspectos, en lo referente al capital humano y al desarrollo del mismo, ya que es una de las prioridades de la agenda de salud del Municipio.

El PIDI promueve la accesibilidad al sistema público de salud del Partido de General Pueyrredón, a través de considerar a los niños y a las niñas como sujetos de derecho. Este propósito se logra mediante la implementación de acciones tendientes a asegurar una atención preconcepcional, durante el embarazo, parto y puerperio; así como el abordaje del entorno familiar.

¹⁷ Municipio de General Pueyrredón. Secretaría de Salud. (2011). *Manual de Procedimientos Plan integral de desarrollo infantil (PIDI)*. Mar del Plata

La intervención de los profesionales en el abordaje de la embarazada y los niños hasta los 6 años, se basa en un encuadre de equidad y universalidad, motivo que determina una normatización de las intervenciones de cada uno de los integrantes del equipo de APS, favoreciendo el desempeño en este nivel y permitiendo una adecuada capacidad resolutoria de los problemas de salud, una referencia y contrareferencia a los restantes niveles y la generación de un ámbito idóneo para la promoción de la salud y la participación comunitaria

Dentro del marco de implementación del Plan de Desarrollo Infantil se delinea la participación del EQUIPO DE SALUD desde los CAPS y hacia la población.

El Plan integral de Desarrollo Infantil, promueve la articulación de forma transversal de todas las intervenciones y dispositivos existentes en la comunidad, ya sea de orden institucional, como no institucional, formal y no formal, cuyos destinatarios directos sean las mujeres durante la gestación, puérperas y niños de 0-6 años de edad. Desde una visión macro, se identifica en primer lugar el Ministerio de Salud de la Nación con planes como REMEDIAR, Plan Nacer, Plan de Salud Sexual y Procreación Responsable, Asignación universal, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con sus efectores de 2º nivel, los hospitales HIGA e HIEMI, el poder ejecutivo local, la Secretaría de Salud con Plan Lactantes, Control del niño sano, Controles de embarazo, etc. y la Secretaría de desarrollo social.

Desde la Secretaría de salud se designa y conforma un equipo técnico interdisciplinario inicial, (formado por las áreas de salud mental, trabajo social, salud comunitaria, gineco-obstetricia, enfermería, pediatría y docencia e investigación) que diseña objetivos específicos, propone prácticas de intervención individual y comunitaria, así también propone modelos de evaluación. Estas propuestas se transmiten a los diferentes equipos de los CAPS. Las intervenciones son sustentadas en la evidencia científica y adaptada según valoración para su implementación, acordadas entre las diferentes divisiones intervinientes y agrupadas en un manual de procedimientos orientador para los equipos de salud. En los CAPS, los equipos interdisciplinarios multiplicadores, adaptaran dichas prácticas según prioridades del área programática,

con la elección de metodologías adecuadas para comunidad y en función de recursos existentes y recursos necesarios. Tanto las prácticas como los resultados obtenidos deben ser referidos al equipo interdisciplinario inicial con la finalidad de monitorear y evaluar focal y globalmente el programa.

El equipo interdisciplinario del CAPS, deberá establecer distintos niveles de vinculación y trabajo conjunto con las organizaciones sociales formales, como CDI, y de la sociedad civil, como comedores, fundación CONIN, etc.; que comparten la misma población destinataria.”¹⁸

Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) se fueron integrando progresivamente al plan desde el inicio de su implementación, alcanzando en la actualidad a la totalidad de 34 Centro de Atención Primaria del Municipio.

Durante la implementación del Plan, se fueron desarrollando algunas actividades para lograr una atención integral y de calidad. Se rediseñó la Historia Clínica del niño para unificar los registros de las diferentes disciplinas, se incorporó recurso humano que permitió complementar 12 equipos interdisciplinarios especialmente profesionales de Salud Mental, Servicio Social y Enfermería. En cuanto a los profesionales de salud mental, se realizó una articulación con pediatría de los centros de salud y concurren con frecuencia quincenal a zonas más alejadas de la ciudad. Se gestionó una Tarjeta de ayuda alimentaria a embarazadas de riesgo, se diseñó e implementó la estrategia municipal de Referencia – Contrareferencia en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti, Además se incorporó la realización de entrevistas domiciliarias a niños y embarazadas por ausentismos o por necesidad de intervención social específica, facilitadas por móvil y chofer que coordina visitas en domicilio, y dentro del comité de mortalidad también se realizan visitas al domicilio de la familia del fallecido para recabar información acerca de las causas, factores de riesgo, y poner a disposición los recursos de salud del municipio. Se generó una base propia de

¹⁸ IBIDEM (17)

datos estadísticos que permiten planificación y gestión de recursos, se generó un manual, cartillas y apoyatura escrita para consejería y referencia al CAPS

Dentro de las actividades de Enfermería en el dispositivo de referencia y contrareferencia del HIEMI, nuestra tarea primordial es la contrareferencia de las puérperas y sus hijos recién nacidos al CAPS para realizar los primeros controles del RN, y el control del puerperio de la madre. Se realiza una entrevista a cada puérpera utilizando como guía la hoja diaria de Guardia del report de sala de Partos, donde figuran los datos de las mujeres internadas que parieron el día anterior y hasta las 8 de la mañana. Con esos datos como hoja de ruta se inician las entrevistas en sala 8 (internación conjunta) y sala de alto riesgo, se recaban datos filiatorios domicilio idealmente actual donde vivirá con su bebe, independientemente de donde haya realizado sus controles o que domicilio tenga en su DNI. Esto con el fin de referenciar al recién nacido y madre al CAPS correspondiente y de mejor acceso. Es importante recabar números de teléfono que posea, fijo y celular, para seguimiento posterior en caso de necesidad. La entrevista continua con la consulta sobre el número de controles, se revisan cuaderno de controles del embarazo y libreta sanitaria para recabar información de los mismos, antecedentes obstétricos, laboratorios, antecedentes personales, evaluación de riesgo psicosocial, datos sobre la gesta actual, patologías neonatales, peso al nacer, APGAR y semanas de gestación confiables, y se vuelca toda la información cualitativa que se considere relevante para que conozca el equipo del CAPS. En primera instancia, la prioridad de incorporación al HIS estará enfocada en la población con mayor vulnerabilidad en términos biológicos (patologías relevantes previas, patología relevante durante la gesta y/o puerperio, patología neonatal, RN que ingresa a neonatología al nacer y/o posterior a su alta conjunta) y/o sociales (violencia, consumo problemático de sustancias psicoactivas, situación de calle, etc.) Paulatinamente se carga la información de la totalidad de la población entrevistada.

Finalmente, luego de la evaluación de las particularidades de la madre y su contexto familiar, brindarle herramientas para la identificación temprana de los signos de alarma del puerperio, y de las cosas normales durante el mismo, fomentar el auto cuidado e independencia, lo que mejora la autoestima en este periodo de gran

vulnerabilidad. Esto permite la consulta precoz y oportuna, reduciendo los reingresos hospitalarios por complicaciones como infecciones urinarias, endometritis, dehiscencia de la herida quirúrgica o episiorragia, absceso mamario, etc. Sumado a ello, la identificación de signos de alarma del recién nacido, las cosas habituales en relación a la fisiología lo que reduce las consultas innecesarias, la exposición a agentes infecciosos para el recién nacido, al mismo tiempo que los reingresos hospitalarios. Se brinda información en relación a las medidas de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante, se asesora en relación a la lactancia materna y anticoncepción con una mirada multidimensional de la mujer y su contexto. Se indaga acerca de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales a fin de trabajar con el equipo interdisciplinario del HIEMI, y hacer la correspondiente contrareferencia de las puérperas y sus recién nacidos, al sistema de salud municipal. Además de contrareferenciar mujeres con legrado útero evacuador o abortos, con la misma dinámica anteriormente descrita.

Siguiendo con los lineamientos del Plan Estratégico Para La Reducción De la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009 – 2011, se procura que la información recabada del binomio madre-hijo, llegue a los profesionales que los recibirán en los CAPS, antes de las 48 hs del turno otorgado. Se realiza desde hace algunos años, un control precoz del RN en las primeras 48-72 hs del egreso del mismo y un control a los 10 días de vida, el cual mayormente coincide con el turno de control del puerperio, salvo pequeñas excepciones que tienen que ver con la dinámica de atención del algunos centros en particular.

Del análisis de la descripción del PIDI, surgen algunos interrogantes, como la dificultad de delimitar los objetivos específicos, lo cual por un lado dificulta la evaluación de los resultados, es decir saber si se han logrado resolver alguna de las problemáticas que han sido planteadas, y por otro lado hace difícil determinar en qué etapa del proyecto nos encontramos. Esto generará que las intervenciones que se realizan estén fuera de los límites del proyecto y se desvirtúe la consecución de la meta del PIDI. Además, no se fija claramente en los documentos recabados si es un Plan o un Programa. En dichos documentos se enuncia generalmente el término Plan, más que Programa, entendiendo que la diferencia radica en la magnitud... Plan es un término de

carácter global que implica lineamientos políticos fundamentales, las prioridades que se designan a esas formulaciones, la asignación de recursos acorde a las prioridades y las estrategias y los medios que se van a utilizar para lograr los objetivos, a diferencia del término Programa que se refiere a un conjunto organizado de actividades para poder operacionalizar el plan. Por ello se considera importante poder definir adecuadamente el término.

En la Argentina, las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2001, y la mortalidad materna se estabilizó, desde 1994, en torno a las 4 muertes por 4 cada 10.000 nacidos vivos. Sin embargo, las asimetrías son pronunciadas: las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita tienen una tasa de mortalidad infantil de 9,1 por mil nacidos vivos frente a los 26,7 de las jurisdicciones más pobres, según los datos del 2002.¹⁹

En abril de 2016, desde la dirección General de Salud, se envió a todos los CAPS un memorándum para reforzar la Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materno infantil, en el cual se solicita a los equipos de salud municipales que realicen la notificación oportuna de muerte menor de un año, así como también la notificación de mortalidad materna, estableciendo un protocolo de comunicación.

Para cumplir con los objetivos del PIDI es necesario el adecuado funcionamiento de los Sistemas de Referencia y Contrareferencia en Salud. El Sistema de Salud actual, en todas las provincias, está integrado por centros de salud y hospitales de diferente complejidad.

Si bien los centros de salud reconocidos por la comunidad, constituyen el primer nivel de atención y contribuyen a disminuir las barreras existentes, es necesario organizar el segundo nivel de atención, el hospital local de referencia, para la atención de las personas referidos para interconsulta, tratamiento especializado o urgencia.

En un documento publicado por el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento, Maceira plantea que, en Argentina, la

¹⁹ Op. Cit. (8)

coexistencia descoordinada de tres subsectores (público, privado y seguridad social) en los 24 sistemas sanitarios (uno por jurisdicción) conduce a una enorme inequidad en el acceso a los servicios de salud, además de a una ineficiente asignación de los recursos. A su vez, el débil desarrollo de las redes de servicios a nivel local no hace más que reforzar esta situación. Entre las dificultades encontradas destaca sistemas de referencia y contrareferencia débiles argumentando en la derivación de personas para seguimiento o tratamiento con falta de respeto a los protocolos de derivación y de documentación de las contrareferencia, e ingreso de los pacientes al sistema a través de los niveles de mayor complejidad, ausencia de mecanismos formales de comunicación entre los distintos efectores de la red e inexistencia de sistemas de turnos programados, inexistencia de unidades de coordinación, fallas en la categorización de los efectores, incumplimiento de los circuitos de derivación de pacientes establecidos por las normativas debido a la falta de recurso por lo que generalmente son más utilizados los sistemas de referencia que la contrareferencia, y ausencia de protocolos para el tránsito de pacientes entre los diversos efectores de la red, entre otros.²⁰ El partido de General Pueyrredón no escapa de las dificultades que padece el sistema de salud argentino, pero con una dinámica especial, ya que algunos municipios cuentan con hospitales municipales, con lo cual las dificultades por ejemplo en relación a la falla en los mecanismos de comunicación son probablemente diferentes a las que se dan entre el MPG y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.

De la consulta en relación a la contrareferencia luego del egreso de internación conjunta en maternidades, no han surgido evidencias de dispositivos similares a la estrategia PIDI, aunque en muchos países de América Latina la contrareferencia es un proceso que ya está establecido en el sistema de salud. (Colombia, Chile, Cuba)

En México, así como en otros países de América, utilizan un plan de cuidados de enfermería para el egreso hospitalario *“La aplicación de este plan favorece la atención*

²⁰ Maceira, D. (2010). Cómo fortalecer las redes de servicio de salud. El caso de Salta. *Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°84*. Buenos Aires: CIPPEC

*primaria, ya que permite dar continuidad a los cuidados del paciente, evita complicaciones, reingresos y quejas; ello hace que se disminuya el costo de la atención hospitalaria. El profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación dentro del plan de alta con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, por lo que todo plan siempre debe brindar información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico. Asimismo, los pacientes deben recordar lo que les han enseñado y lo que han aprendido en el hospital para llevarlo a cabo en su domicilio.*²¹ Cabe destacar que dicho plan es llevado a cabo por el servicio de enfermería de la internación. Diferente a la lógica de funcionamiento del sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata, donde el hospital no cuenta con la cantidad de personal de enfermería para poder llevar adelante esta tarea, y además la falta de integración entre el sistema sanitario provincial y municipal, hizo necesaria la búsqueda de una estrategia que hiciera de nexo, y que logre una coyuntura entre ambos sistemas.

El seguimiento de las madres y sus hijos recién nacidos en el puerperio inmediato es un trabajo de enfermería indispensable, ya que al regresar a su hogar no cuentan con acompañamiento profesional, y muchas de ellas tampoco cuentan con redes de apoyo y contención familiar. Sumado a ello, el puerperio es un periodo caracterizado muchas veces por afrontamiento ineficaz relacionado con dudas, miedos y desconocimiento de la evolución habitual en la madre y el desarrollo normal del niño, así como un periodo de gran vulnerabilidad ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones que comprometen la salud y la vida. Aquí las enfermeras asumimos un rol fundamental en relación al cuidado del binomio madre-hijo. Muchas mujeres mueren o resultan con grandes complicaciones en el puerperio; un gran número de recién nacidos enferman y/o mueren por complicaciones durante el primer mes de vida, y gran parte de esas

²¹ Tixtha López, E., Leonel, A.A., Córdoba Ávila, M.A. & Campos Castolo, E.M. (2010). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista de enfermería neurológica* 14(1): 12-18. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>

muerdes pueden evitarse con acciones conjuntas.²² Una mejor calidad en la salud de la madre y el recién nacido, redundará en un mejor estilo de vida de las poblaciones futuras. Y las enfermeras tenemos mucho que hacer con respecto a ello, en coordinación con otros miembros del equipo de salud, con otros sectores o en forma individual, debemos explorar nuevas estrategias para mejorar la equidad y el acceso a los cuidados de salud, mejorar el bienestar, la salud, prevenir la enfermedad y la discapacidad o muerte.

Tobar, F y otros, plantean que, para poder llevar a cabo el seguimiento de las púerperas y sus hijos recién nacidos, es necesaria una adecuada integración del sistema de salud. “Cuando hablamos de un sistema fragmentado no aludimos a la multiplicidad de actores y roles que intervienen—esto se expresara mejor con el concepto complejidad—, sino a la ausencia de principios y criterios integradores.”²³ Esta es la razón principal que hizo pensar a los tomadores de decisiones la estrategia del dispositivo PIDI. El plan de desarrollo Infantil busca disminuir la fragmentación del sistema de la salud en el municipio de general Pueyrredon, tanto puertas adentro del sistema municipal, como con el HIEMI, a nivel provincial.

Dentro de sus objetivos específicos, que fueron reformulados en 2018 dada la falta de delimitación previa de los mismos, se plantea:

- La articulación de recursos disponibles en los diferentes niveles de atención estatal.

²² Morrone, B. (2008). *Dando luz al lado oscuro de las nueve lunas. El contradictorio caso de las mujeres argentinas. Poderosas para la ley, sin derechos en los escenarios sanitarios*. Mar de Plata: Ediciones Suárez. Pag 35-36

²³ Tobar, F.; Olaviaga, S. & Solano, R. (2012). Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. *Documento de Políticas Públicas N 99*. Buenos Aires: CIPPEC.

- Mejorar la accesibilidad de las embarazadas y niños al CAPS
- Identificar y asistir de modo interdisciplinario y precoz situaciones de riesgo entre los destinatarios.²⁴

En este sentido, el equipo de referencia y contrareferencia del Plan que funciona en el HIEMI es estratégico, ya que su tarea responde a los 3 objetivos al mismo tiempo.

En primer lugar, porque funciona como nexo entre los dos niveles de atención. Esto permite mayor vinculación y articulación en el recorrido que transita la mujer embarazada desde que inicia el seguimiento y control de su gesta en los CAPS hasta la semana 36, durante el seguimiento final el parto y la internación conjunta con su bebe; hasta la referencia y seguimiento posterior del binomio nuevamente al CAPS.

En segundo lugar, porque a través de la entrevista que se realiza a cada puérpera, desde la lógica disciplinar de la Enfermería, se pueden relevar datos de orden biológico y socio contextual e intercambiar información importante sobre puericultura, signos de alarma del recién nacido, anticoncepción, lactancia, y hacer un especial énfasis en la importancia del primer control de su recién nacido y puerperio. Para ello de acuerdo al área programática de procedencia, se informa el día y horario que deben concurrir al CAPS. A través del HIS (sistema de historias clínica informatizado del MGP) podemos abrir la historia clínica del recién nacido y de la madre (en caso de no tenerla aun) e inclusive agendar el turno en el sistema e indicar el horario. Hasta el momento, la información recabada es ingresada al HIS mediante la apertura de historia clínica y formularios anexos, para que cada equipo de los CAPS pueda contar con la información y de manera anticipada, rastrear algún ausentismo, contribuyendo de esta forma a mejorar también la accesibilidad.

Un sistema de referencia y contrarreferencia (RyCR) es una herramienta que permite lograr una integración vertical del sistema de salud, promueve la eficiencia del sector salud, tanto eficiencia productiva como económica. Promueve también la equidad

²⁴ Op Cit. (2)

en el acceso a los servicios de salud y evita la generación de costos innecesarios, tanto para el sistema, como para los usuarios.

Las primeras motivaciones para promover su aplicación se basan en la preocupación de garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de los servicios; controlar los costos y el uso de recursos escasos y asegurar la satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores del servicio.

El propósito de los sistemas de referencia y contrareferencia es gestionar la demanda en los distintos servicios de salud de manera que las diferentes problemáticas se resuelvan en el nivel adecuado según la complejidad de la intervención que se requiera.

Los aspectos claves para su funcionamiento eficiente y equitativo son:

- Su inserción en una *red de servicios* de salud con distintos eslabones para poder atender diferentes complejidades de los problemas de salud. Para ello es necesario que el proveedor defina las prestaciones disponibles en cada nivel.
- Cada nivel y cada tipo de proveedor debe realizar un *catálogo de servicios* en donde se señalen los criterios de admisión, facilitando así la orientación de la demanda los establecimientos adecuados a cada problema de salud.
- Deben existir *protocolos de atención* que determinan el tipo y la complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud.
- Crear *formularios de referencia y contrareferencia* para utilizar en caso de que una persona sea derivada a otro nivel de atención lo cual facilita su tratamiento posterior.
- Es indispensable contar con un *sistema de información* sólido y con personas entrenadas para procesar los datos permitiendo hacer seguimiento de los casos referidos lo cual hace frente a duplicaciones innecesarias de tratamientos y a las quejas del primer nivel de atención que no reciben noticias de cuál fue la respuesta dada a la persona referida, evita también interrupciones del tratamiento debido a los turnos o cambios de personal.

- Requiere contar con *mecanismos de supervisión*, designando un responsable por cada establecimiento para determinar si se cumplieron o no las normas y procedimientos, revisar la calidad de la información suministrada en las hojas de referencia y en los registros diarios.
- Requiere un mecanismo de evaluación periódica en donde a partir de los resultados se generen propuestas de mejoramiento del sistema, donde se analicen la pertinencia de las referencias y contrareferencia, si el procedimiento fue oportuno, etc.
- Un sistema de incentivos que pueda incidir en el comportamiento de los actores de tal manera que converjan los distintos intereses en el cumplimiento de los objetivos institucionales, ya que los costos generados por la ausencia o el mal funcionamiento del sistema lo pagan los usuarios por la pérdida de tiempo y la institución financiadora por la utilización ineficiente de los recursos.

Un sistema de referencia y contrareferencia constituye una herramienta que pone a disposición de los trabajadores de salud criterios y procedimientos homogéneos que permiten precisamente canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención.²⁵

²⁵ Yfrán, R.E. (2016). *Elaboración de nuevo protocolo de Referencia y Contra Referencia para los Niveles de Atención n de la Salud de Rio Grande T.D.F.* (Tesis en Gestión interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS.) Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/12/Yfran_trabajo-final-Certificado-APS-2015_versi%C3%B3n-final.pdf

CAPITULO III

3.1 Diseño Metodológico.

Este estudio se llevará a cabo mediante la metodología de la investigación cualitativa, a través del método de la teoría fundamentada. En este método el investigador no inicia el proyecto con una teoría preconcebida, sino que comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos. Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción.²⁶, lo cual constituye el propósito de la presente investigación.

Una característica importante de la teoría fundamentada es el énfasis puesto en el examen detallado de los datos empíricos antes que en la lectura focalizada de la literatura. El objetivo es adaptar los resultados precedentes a los resultados del estudio en cuestión, más que sean las preconcepciones basadas en la literatura existente las que influyan en la interpretación de los datos.²⁷

3.2 Ámbito de estudio.

El ámbito de estudio serán los Centros de Atención Primaria de Salud a los cuales son derivados las puérperas y sus hijos recién nacidos.

²⁶ Strauss, A. L. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

²⁷ Cuñat Giménez, R. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. En: *XX Congreso anual de AEDEM*, Vol. 2. Llevado a cabo en Madrid. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>

3.3 Instrumento para la recolección de datos.

Se realizará una entrevista semi-estructurada con guías generales acerca de las variables a investigar, que dará a los entrevistados más espacio para contestar en términos de lo que es importante para ellos. Se pueden comparar las respuestas que dan los diversos entrevistados a esas preguntas, y entonces emergerán conceptos que sirvan de base para una mayor recolección de datos, siempre dejando espacio para otras respuestas y conceptos.²⁸

Guía para la entrevista a las puérperas.

1. OB. E 1 Describir la metodología de atención de las puérperas antes y después de la implementación de la estrategia del PIDI, desde su perspectiva.

Pregunta: Cuando nació su hijo anterior, ¿recuerda cómo fue su llegada al centro de salud? ¿Tuvo que sacar turno? Cuénteme como fue.

¿Se realizó en aquel momento control ginecológico del postparto? (con su hijo anterior)

2. OB. E 2 Describir la metodología de atención de los recién nacidos antes y después de la implementación de la estrategia del PIDI, desde la perspectiva de las puérperas.

Pregunta: ¿Llevó a su bebé al primer control que le dieron en el hospital? ¿Cómo fue esa experiencia?

3. OB. E 3 Describir la perspectiva de las puérperas en relación a la atención del profesional de enfermería en el HIEMI del dispositivo PIDI.

Pregunta: ¿Cómo describiría la atención que recibió de la enfermera, le sirvió la información que le dio?

²⁸ IBIDEM (26)

Guía para la entrevista a los profesionales

1. OB. E 4 Describir la metodología de atención de la población objeto, antes y después de la estrategia PIDI, desde la perspectiva de los profesionales

Pregunta: Cuénteme como funcionaba antes del surgimiento de la estrategia de referencia y contrareferencia PIDI, el ingreso del recién nacido, y de la puérpera en el centro de salud. ¿Cómo funciona actualmente en el centro de salud donde Ud. se desempeña?

2. OB. E 5 Describir la perspectiva de los profesionales que atienden a las puérperas y los recién nacidos, con respecto de la estrategia del PIDI.

Pregunta: Cuénteme que le parece la estrategia del PIDI actualmente.

¿Cuáles son para Ud. los aportes de enfermería en la misma?

3.4 Criterio de Inclusión.

La entrevista semi-estructurada será aplicada en puérperas que serán captadas en el servicio de internación conjunta y sala de alto riesgo del HIEMI, que tengan al menos un hijo anterior mayor a 8 años, y quieran participar del trabajo.

Los profesionales que se incluirán entro de este trabajo son aquellos que atienden al recién nacido y a la puérpera en el 1° control, a saber, licenciados en enfermería, enfermeros profesionales, médicos generalistas, licenciados en obstetricia, medico obstetra y pediatra de los CAPS que quieran participar del mismo.

3.5 Consideraciones éticas.

Previo a llevar a cabo cada una de las entrevistas se realizara una explicación clara de la investigación y sus objetivos. Se confeccionará un consentimiento informado que será entregado a cada uno de los entrevistados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación corresponde al Taller de Trabajo Final, para la Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud.

Se titula Aportes disciplinares de Enfermería en la implementación Plan integral de desarrollo Infantil, del Municipio de General Pueyrredon, desde la perspectiva de las puérperas, y de los profesionales.

El objetivo de la misma es analizar los aportes de Enfermería en la implementación de la estrategia del Plan Integral de Desarrollo Infantil del Municipio de General Pueyrredon, desde la perspectiva de las puérperas y de los profesionales que atienden en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

El propósito de la misma es mostrar la participación de enfermería en la aplicación de la estrategia PIDI, con el fin de justificar y mejorar la cantidad de capital humano, debido a que ello redundara en los beneficios para las puérperas y sus hijos recién nacidos, y dar a conocer la tarea de enfermería en la estrategia PIDI, dentro del municipio y en el sector privado.

Los participantes serán seleccionados bajo un criterio de inclusión, para las puérperas deberán tener un hijo anterior al RN, que haya nacido en HIEMI y que tenga al menos 8 años. El criterio para la selección de los profesionales serán los que realizan

la atención del RN y la puérpera en el CAPS, a saber, Enfermeras/os, Licenciados en enfermería, Médico generalista, Obstetra y Pediatra, Licenciado en obstetricia.

La investigación no conlleva riesgos para los participantes y tampoco recibirán ningún beneficio.

No se dará ninguna compensación económica a los participantes.

La entrevista será estrictamente confidencial, su nombre no será utilizado en ningún informe al presentar la investigación.

La participación es absolutamente voluntaria y el participante tendrá derecho a no responder a la entrevista si así lo desea.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ABREVIADO

Doy mi consentimiento para participar de la entrevista a realizar vía whatsapp para la tesis "Aportes de enfermería en la implementación del PIDI, desde la perspectiva de las puérperas y de los profesionales, habiendo sido informada de la misma previamente.

Firma:

CAPITULO IV

4.1 Resultados y discusión

El primer objetivo específico de este trabajo tiene que ver con la descripción de metodología de atención de las puérperas en los centros de salud de partido de General Pueyrredon, antes del surgimiento de la estrategia del PIDI. De los datos de las entrevistas surge que la metodología era muy variable ya que no existía un protocolo definido para la atención de estas mujeres, por lo que la atención en el puerperio quedaba a criterio de cada efector, en muy pocos casos coincidía la atención de la madre con la de su recién nacido, y lo que parece relevante desde la perspectiva de las puérperas es que para ellas no era importante, o no sabían que debían realizarlo.

JC “No me hicieron ir después de unas semanas que nació mi bebé para revisarme, como fue cuando tuve a mi segundo hijo.”

LB “Yo no me hice el control del posparto porque la verdad estaba bien y se te van pasando los días. Pero más adelante yo me acuerdo que saque un día un turno porque quería ponerme el DIU pero fue unos meses después.”

VB “En ese momento yo en si no había ido a control, pero tuve que entrar por guardia porque tenía muchas perdidas y con mal olor entonces pregunte en la enfermería y justo estaba la doctora que me había atendido el embarazo, asique me vio y me mandó al materno, pero bueno fue por ese problema que me hicieron un raspaje, y después volví a la sala porque la doctora me dijo que cuando me recuperara vuelva para verla.”

GM “No, no en aquella oportunidad no hice el control posparto primeramente porque fue parto natural y no me vi en la necesidad de recurrir a un control posparto porque me sentía muy bien y fue todo muy fácil digamos la recuperación muy rápida, y como que mucho no insistían en un control posparto en ese tiempo ¿no?. Es como que bueno tuve a mi hijo, me sentí bien me recupere bien, y listo no me hice nunca un control digamos en el sentido de la recuperación, no creí que fuera necesario”

En cuanto a la perspectiva de los profesionales, ésta ratifica por un lado la ausencia de protocolos y la desestimación por parte de las puérperas de la importancia

de realizar los mismos. Por otro lado, algunos profesionales argumentaron que la necesidad de realizar en control y la información acerca de la importancia del control de puerperio era brindada desde el quipo de salud durante el final de la gesta, ya sea en el curso de parto, en los últimos controles obstétricos, o eran derivados del hospital y de esta manera la madre ya sabía que debía concurrir.

MD “Bueno yo antes trabajaba en distintos efectores, pero lo principal era que no había una articulación entre el hospital y los distintos centros de salud, era más bien que quedaba a criterio de cada efector de salud, de cada centro de salud o posta cuando citar a la mujer, porque en verdad la veíamos en el último control de embarazo y le decíamos que después se acercara al centro de salud para el control a los 15 días, a los 10 a los 15 depende de cada centro de salud, si bien uno le decía que podía concurrir antes se lo decíamos mucho antes en la semana 35-36 cuando tenía la última entrevista en el centro de salud y no la veíamos mas hasta que volvía, pero no había un seguimiento desde el alta.”

CL “En el CAPS lo que hacíamos era que cuando la mamá llegaba al primer control del bebe, le preguntábamos con quien se había atendido y le decíamos que día le correspondía venir a hacerse el control, pero muchas nos decían que sí, y luego no concurrían, he escuchado muchas veces por parte de las obstétricas que el cambio en el numero de controles de puerperio realizados es altamente notable desde que se hace la contrareferencia en el hospital, y además las mamás están más informadas desde allá entonces conocen porqué es importante.”

GR “Antes no se le daba quizá como equipo de salud la importancia, o no hacíamos en hincapié suficiente para que la mamá se controle también, ahora al estar organizado diferente, ya junto al control de su bebé hace más fácil el acceso”

JS “Cuando comencé a trabajar en el CAPS Alto Camet hace 9 años, el ingreso de puérperas y RN al plan de lactantes era a través de la información que se les daba a las embarazadas en el control del embarazo o curso de parto, y si venían de instituciones privadas y no se habían controlado en la sala llamaban y les proporcionábamos la información, o se acercaban al CAPS.”

En cuanto al segundo objetivo, que tiene que ver con la metodología de atención de los recién nacidos antes de la implementación de la estrategia del PIDI, ésta era similar en la mayoría de los centros de salud. De la misma manera que ocurría con los

controles del puerperio no había un protocolo de atención establecido, los recién nacidos accedían al primer control de salud a través de un turno. Cada centro tenía un día especial para el control que estaba determinado por la presencia de un equipo mínimo de atención, enfermero/a y un pediatra, en la mayor parte de los centros los organizaban para atención interdisciplinaria junto a psicología y trabajadores sociales realizando una charla a las madres previo al control, en la que se orientaba acerca de lactancia, pautas madurativas, signos de alarma, etc; y cada centro de atención tenía además una manera particular de otorgar ese turno.

MR “(...) cuando no funcionaba el PIDI las madres, o a veces algún familiar se acercaba a la sala a preguntar cuando podían traer a los bebés a control, eso si no se habían controlado en este centro, porque a las embarazadas cuando ya las derivábamos al control en el hospital le decíamos que una vez que estuviera en casa con su bebé al próximo martes viniera, que ese día siempre atendíamos a los recién nacidos. En general ocurría de esa manera salvo excepciones donde ocurría algo en el bebé que no estaba bien y la mamá tenía duda entonces lo traía antes, pero generalmente se iban al hospital cuando les pasaba algo, no tenían la costumbre de traerlos acá.”

OK “Las mamás pedían turno a la enfermera del plan de lactantes que los anotaba en un libro, y posteriormente concurrían el día asignado”

PC “Los recién nacidos venían del hospital después de los 10 días, ese día se le asignaba un turno, se lo ingresaba en un libro según el apellido para facilitar la búsqueda en caso de necesitar datos. Se armaba una historia clínica de papel donde se realizan todos los controles peso talla y perímetro cefálico. Y se lo daba al pediatra que llena otra parte de la HC todo lo que es familiograma, antecedentes y esas cosas”

Los fragmentos de las entrevistas citadas anteriormente de los dos primeros objetivos del trabajo evidencian como el acceso al primer control del recién nacido era diferente en cada centro, vulnerando de esta manera el derecho a la salud, ya que no existía un acceso igualitario. Algunos eran atendidos con 7, 10 o 15 días y muchas veces la madre debía concurrir a sacar el turno y luego el día del control. En otros centros llegaban casi al mes, con lo que se dejaba a criterio materno, librando numerosas veces al azar cuestiones como la lactancia o perdiendo oportunidad de observar o percibir situaciones de riesgo, biológicas o psicosociales, para el niño que no

eran detectadas precozmente. Y se producía además consultas innecesarias en la guardia del Hospital, sobrecargando así el segundo nivel de atención, a sabiendas que con la complejidad del primer nivel de atención las mismas consultas podían ser resueltas en forma eficaz, evitando el traslado innecesario de las familias, y la necesidad llevar al recién nacido a una guardia con el riesgo de infección que ello conlleva, por, sobre todo, teniendo en cuenta un momento tan particular como lo es un puerperio.

Lo que difiere entre ambos grupos entrevistados es la modalidad de acceso a ese turno, según las puérperas los turnos se sacaban personalmente una vez nacido el bebé.

JD “Cuando nació mi hijo Nicolás, me acuerdo que mi marido se acercó a la salita a preguntar a qué hora teníamos que ir para el control y era temprano asique nos fuimos tipo 7 de la mañana y atendían por orden de llegada a los bebés.”

GM “Por lo que me acuerdo el primer control tenía que ir la mamá a sacar el turno, que te lo daban a los 15 días de nacido el bebé, pero sí una estaba encargada de ir y sacar el turno para el primer control, era así. Asique nada que ver no, que te lo den en el hospital antes de salir, a lo que era hoy, lo que hoy es eso que era muy distinto, incluso el control en sí no es lo mismo a los que era en esos tiempos a lo que es ahora, como que ahora es un poco más personalizado como que ocupan un poco más de tiempo en el hijo hoy ¿no?, en el bebé. Hoy es como que es un poco también más humanizado, si se quiere decir la atención con los bebés hoy, hace 13 años atrás el profesional digamos era un poco más serio la atención con un bebé RN obviamente con el amor, no? Pero fue como, era como un poco más rapidito el peso la medida, las vacunas y listo chau. Si la mamá se encargaba del sacar el primero turno de ir y moverse hasta la salita.

Otro punto interesante que es evidenciado en las entrevistas a algunos profesionales es el control de ausentismo. Antes del surgimiento de la estrategia del PIDI el control de ausentismo muchas veces se perdía al desconocer la cantidad de recién nacidos del área programática de cada CAPS que habían nacido y serían enviados al control.

LL “Antes del surgimiento del PIDI los pacientes recién nacidos llegaban al CAPS un día determinado de la semana, solo se manejaba el ausentismo de algún recién

nacido que había ido a buscar turno al CAPS y no había concurrido. No había manera de saber la cantidad de pacientes que tendríamos ese día, ni cuantos habían nacido del área programática para esa fecha.”

CL “Era muy desorganizado porque nunca sabías si había quedado alguna sin venir, llegaban y llegaban y se hacían (la atención del RN), pero realmente no había una buena organización y un buen seguimiento. Una vez que entraban al plan de lactantes ahí si se podía tener una continuidad desde la historia clínica, pero la verdad que era muy desorganizado, muy desordenado.”

Al no haber un sistema organizado de referencia y contrareferencia de pacientes, no había manera de tener una estadística de la población de recién nacidos usuarios del sistema público de la ciudad, se perdían quienes por motivos personales decidían no realizar los primeros controles de su hijo recién nacido, o quienes luego de la inscripción del niño en el registro civil lo incorporaban a la obra social.

SM “(...) esta estrategia de referencia contrareferencia del PIDI nos facilito el hecho de recibir con anticipación el listado de recién nacidos y saber a quién esperar, nos permitía manejar mejor el ausentismo de esos pacientes que por distintos motivos ajenos a salud, digamos no por una internación o por consultas en medios de guardia, sino que decidían no hacer el control entre los 7 a 10 días de vida que es el primero control de salud, es una manera desde que tenemos esta referencia contrareferencia mas fácil de poder pescar a estos pacientes que pueden perderse del sistema y no realizar los controles que corresponden.”

Es importante destacar que desde hace algunos años desde la estrategia se ha logrado entrevistar no solo a las puérperas, sino hemos abordado también a aquellas mujeres que ingresan al hospital porque requieren legrados por abortos incompletos, a quienes han requerido interrupción legal del embarazo, y a aquellas puérperas que reingresan por complicaciones del puerperio. Todas estas mujeres son nuevamente georeferenciadas para controles en CAPS egresando con turnos de control ginecológico u obstétrico y reciben asesoría en cuanto a posibles complicaciones derivadas de la intervención o anticoncepción según lo requieran, por parte de las enfermeras del PIDI, realizando estas derivaciones en base al riesgo biológico o psicosocial detectado.

La estrategia de referencia y contrareferencia del Plan Integral de Desarrollo Infantil ha ido evolucionando desde su surgimiento. Como ya se ha enunciado en el marco teórico, antes del surgimiento de la misma, existía un personal administrativo que referenciaba a la puérpera con su hijo recién nacido hacia el CAPS que correspondiera por su domicilio si ésta se acercaba a la ventanilla municipal al momento de su egreso hospitalario, de lo contrario la paciente se gestionaba el turno una vez llegada a su domicilio. La mayor cantidad de puérperas egresaban sin esa referenciación. La primera Enfermera que se incorpora a la estrategia es la Lic. Máspero, C.

Posteriormente, comienza a trabajar con ella la Lic. Morichetti, C. En ese momento el trabajo de enfermería comenzaba al igual que en la actualidad en la búsqueda de la hoja de partos de la guardia de 8 a 8 hs, la que se utiliza como guía para entrevistar a las puérperas. Se tomaban datos filiatorios con el domicilio donde la puérpera viviría con su hijo recién nacido, mas allá que tuviera otro domicilio en su DNI. Se obtenían datos del embarazo, cantidad de gestas previas, antecedentes de importancia biopsicosocial, se revisaba cuaderno de controles y libreta sanitaria y se realizaba asesoramiento en lactancia, anticoncepción, cuidados del recién nacido, signos de alarma del recién nacido y del puerperio. Se intercambiaban casos con servicio social del hospital que se consideraran de riesgo, se trabajaba en interdisciplina con otras profesiones que se encuentran en el servicio de obstetricia.

En este momento, la referencia de las pacientes puérperas y los recién nacidos se hacía a través de un listado que se confeccionaba en una planilla de Excel por CAPS de referencia de la puérpera, el cual era impreso y se enviaba via fax a cada uno de los 32 centros de salud. Más tarde se comenzó a realizar un informe de los casos de alto riesgo social, que eran redactados por las enfermeras y enviados via mail a la jefe de servicio social, quien lo distribuía a cada trabajador social del área programática al que correspondiera el caso.

Tiempo después, con la finalidad de agilizar el envío de los datos ya que el fax llevaba tiempo generaba un costo de impresión tanto para la oficina como para el CAPS, se decidió utilizar una herramienta de Google, (Google Drive) para en donde se subía el

listado realizado en Excel que se volcaba datos de la entrevista, cada enfermera del CAPS y trabajadores sociales e incluso pediatras podían acceder al mismo y visualizar los pacientes que llegarían al centro en los próximos días, con datos de la entrevista y observaciones de importancia. Hasta este momento cada centro tenía un día específico para la derivación de RN, para las excepciones se realizaba un llamado telefónico y se hablaba con la enfermera de referencia del plan de lactantes.

A través de los años, se fue ampliando la información que es recabada en la entrevista, lo que no se ha modificado es el abordaje propio de la profesión con una mirada desde la complejidad del binomio madre- hijo. También se agregó en consenso con la división de pediatría un turno de control precoz, que se realiza entre las 48 y 72 horas del alta hospitalaria. Esto ha sido una logística muy importante, ya que ha reducido en número de reingresos de recién nacidos por complicaciones fundamentalmente por ictericia o descensos importantes de peso por dificultades con la lactancia. Y también es valorado como importante desde los profesionales.

MD “ (...) ahora que ya vienen con un turno, que saben que pueden ir y concurrir al centro de salud para control precoz en cualquier momento van, realmente no tenemos ausentismo en los controles precoces, y realmente se puede avanzar un montón, son consultas que si bien no son con pediatría son con enfermería, son consultas a veces largas por dudas y demás, a mi me parece que es buenísimo que esto ocurra y me parece que esta bueno la síntesis que se hace de la información que se otorga desde el PIDI desde el hospital hacia el centro de salud por si hay alguna cuestión a tener en cuenta en el control precoz, no siempre digamos pero hay veces que es interesante y es importante tener en cuenta al momento de la entrevista por si no conocemos a esta familia, por si no se había controlado principalmente en el centro de salud, cosas que se desconocen, que si se detectan en el hospital y que es importante tenerlas en cuenta.”

SM“(...) en el marco de esta estrategia consensuamos los pediatras con la intención de disminuir la mortalidad infantil como un control precoz de RN sin turno a las 48 hs del alta posparto, sea parto vaginal o cesárea, y esto facilito mucho ya tenerlo en el sistema y saber que viene. Después uno ya en el primero control de salud va a hacer con mucho más detalle todo el control del bebe, pero en esas 48 hs uno puede pesquisar cosas que hayan podido pasarse de alto durante la estancia en la internación conjunta con su mama, asique por ahí, no es más que elogios para esta

estrategia que ha permitido un mejor manejo de los ingresos a la sala y seguimiento de los casos sociales específicamente.”

Con la llegada al municipio de la historia clínica digital se ha mejorado en gran medida la referencia y contrareferencia. Si bien aún hoy en día muchas veces hay que sortear dificultades con la conectividad a internet, las inoportunas caídas del sistema municipal y la falta de computadoras, tanto desde los CAPS como desde el hospital, la historia clínica digital marcó un cambio en el desarrollo de la estrategia. Ha posibilitado el acceso a datos de laboratorio que por algún motivo la embarazada no haya traído al HIEMI, permite ver la historia clínica previa de la embarazada posibilitando detección de factores de riesgo biológicos como psicosociales, ver la evolución de los controles de la gesta, vincular a la madre con todos sus hijos y familiares y poder tener una mirada del contexto, y además nos permite gestionar turnos en las agendas de los profesionales de los CAPS con lo cual se agiliza tiempo y a su vez se evita que el binomio madre hijo pueda perderse en el camino posterior a su egreso y no sea detectado a tiempo para tomar las medidas pertinentes. Todas las intervenciones enfermeras cumplen con lo que se detalla en la propuesta normativa perinatal, dentro de lo que serían las actividades a desarrollar en el consultorio de alta conjunta.

Dentro del Plan de desarrollo infantil en la actualidad, está claramente definida la metodología de atención de los recién nacidos y de las puérperas. Para los recién nacidos un control en las primeras 48 a 72 horas posteriores al egreso hospitalario para realizar un control precoz y un control posterior entre los 7 y 10 días de vida, para el cual se considera las características del bebe y su contexto. Además del control del puerperio que debe coincidir con el control posterior del recién nacido con el objeto de evitar traslados repetidos de la madre y el recién nacido y fundamentalmente lograr que la totalidad de las puérperas realice su control del puerperio. Lo referido por los profesionales entrevistados evidencia que estos controles no se realizan según el algoritmo establecido por el PIDI, y acordado con las jefaturas de división de pediatría, enfermería y obstetricia.

GP “en la actualidad funciona en el CAPS donde yo trabajo los días viernes, el hospital a través de referencia y contrareferencia municipal manda el listado de los

niños que va a ingresar y si no mandan de cualquier manera a los 4 días de vida del bebe para un control prematuro para que veamos cómo se encuentra ese bebe y si vemos algo que si amerita que sea enviado al hospital se vuelve a enviar, y si no continua su control previsto, estipulado en tiempo y forma para los 7 días 10 días. No es así con la puérpera que sí le dan un turno no el mismo día en algunos casos, en otros si los alcanza a ver la ginecóloga y en otros tiene que volver a un control posterior.”

EM “en el CAPS donde me desempeño lo que ocurre con las puérperas es que a pesar de que llegan con el turno de puerperio otorgado el mismo día que el bebe, la licenciada que atiende ese día no es la que controló la gesta de todas las pacientes, entonces las que no se controlaron con ella, son reprogramadas de su control a otro día próximo que atienda la licenciada en obstetricia que la haya controlado.”

Para poder analizar los aportes de enfermería en la implementación de la estrategia es necesario describir también la perspectiva de las puérperas en relación a la atención recibida por la enfermera del PIDI durante su internación en HIEMI, lo cual forma parte del tercer objetivo de este trabajo. Sus aportes muestran la importancia no solo de otorgar el turno para la realización de los controles del binomio, sino de la intervención enfermera en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ejes fundamentales de la tarea a realizar en el PIDI.

JD “La enfermera que me vio en el hospital fue divina, me atendió bárbaro, incluso me pareció re bueno porque yo siendo mama ya de uno ya, a veces te piensas que ya lo sabes todo, pero no, ella me enseñó cosas nuevas del bebe, me hablo de la muerte súbita, de cómo tenía que ponerlo a dormir para que sea seguro para él y la verdad que me facilitó mucho que me haya dado el turno, fue una preocupación menos.”

GM “Bueno la atención de la enfermera super bien, genial, sin palabras, porque la verdad que algo fue importante muy necesario, cosa de que años anteriores no se hacía, en mi caso que no lo tuve de mis primeros hijos , tuve la oportunidad de tenerla en marzo de 2018 y en noviembre de 2019, la verdad que genial la atención, lo amable lo buena explicada que fue, se dio a entender muy bien lo que quiso decir y uso técnicas cotidianas como para poder entender la forma de amamantar a mi bebe, la verdad que lo hizo muy bien porque así corrigió no lo que yo estaba acostumbrada a darles de amantar a mis bebes, asique la verdad que súper fácil todo, súper

entendido y la verdad que súper contenta por su atención y por su interés, asique la verdad que muy bueno todo.”

VB “La atención de la enfermera muy amable, charlo conmigo muchas cosas, justamente con mi problema del raspaje ella me aconsejó sobre los cuidados que tenía que tener cuando estaba en casa y si aparecía algún síntoma o algo , pero por suerte estuve bien, asique nada, re bien ella y los turnos buenísimo.”

JC “En todo momento nos atendieron muy amables y nos ayudaron a resolver lo que necesitamos. La enfermera muy atenta y sobretodo muy amorosa al hablarnos y explicarnos como debía darle la teta a mi bebé, que tanto me costó hacerlo. Gracias a su ayuda pude hacerlo muy bien.”

Los aportes de los profesionales que atienden a las puérperas y los recién nacidos acerca de la estrategia del PIDI también son claros en relación a los beneficios de la misma y a su importancia dentro de la lógica de un sistema de salud tripartito en la ciudad. Si bien es cierto que ha generado discusión acerca de las funciones de los enfermeros tanto desde la recepción en el CAPS como dentro de la estrategia, los resultados muestran los beneficios por sobre todas las cosas.

MD “Hay debate entre los enfermeros acerca de si hay que hacerle el trabajo al médico o no, si hay que hacer ese primer control precoz desde enfermería, yo creo que no, yo creo que es importantísimo eso es un primer acercamiento con esa familia que a veces quizás no conocemos a la mama, yo creo que tenemos desde enfermería esa posibilidad, yo creo que es una gran posibilidad de promo prevención, muchas veces lo del peso no es crucial, pero a las mamas les importan que los pesemos y obviamente el peso es importantísimo el peso para ver como sigue, los primeros días siempre baja, pero bueno no solamente ver si tiene ictericia o no, sino ver lo vincular, ver como se encontró la familia con ese bebe, ver como viene lo vincular en la casa y lo de la lactancia que es todo un súper temón, me parece que es importantísimo. Porque aparte ya también esta cuestión del control precoz, no sé si es en todas las salas así, pero esta posibilidad de consultar sin turno como es enfermera, que enfermería tiene esa particularidad que atendemos a demanda en todos los centros de salud, y cualquiera sabe que puede ir a consultarnos en cualquier momento y ese primer acercamiento creo que es importantísimo. A veces tenemos que hacer alguna consulta a la pediatra, pero si hay una consulta en el control precoz se hace y se han detectado cosas a tiempo, oportunamente, entonces

me parece que es súper valida, me parece que es súper positiva la implementación del PIDI y es clave el rol de enfermería e esto, que no es solamente una indicación, sino es tomarse el tiempo y poder generar ese vinculo y esa empatía donde poder compartir mas los sentires, de no solamente sabes qué posición darle la teta, sino como te sentís con eso e indagar un poquito más y ayudar más a la mujer en esta situación. “

Es importante considerar algunos datos que surgieron de las entrevistas que las enfermeras que trabajamos en la estrategia debemos mejorar, datos que muestran dificultades a superar y aportes que también deberían ser tomados en cuenta por quienes toman las decisiones para mejorar la estrategia y fortalecer la red, y para alcanzar en su totalidad los objetivos de plan.

MR “creo que mejoró mucho la articulación y la contrareferencia, ya que mejoró el canal de información, no solo porque se informa a través de la historia digital, sino también que tenemos un contacto fluido con las personas que trabajan a través de vías informales como wathsapp o teléfono, pero cualquier cuestión que surge se puede articular mucho mejor desde lo formal e informal asique creo que la estrategia es muy positiva.”

JS en cuanto al funcionamiento de este plan personalmente resulta muy eficaz tanto para las madres, ya que evita la consulta de más al centro de salud al saber que día y horario concurrir con el recién nacido y el control puerperal. En cuanto al plan lo agiliza de manera considerable ya que las colegas nos anticipan de los recién nacidos que necesitan algún control especial o factores de riesgo a considerar.

GP “La estrategia del PIDI y su funcionamiento fue buena me parece que fue algo muy productivo en cuanto a la relación hospital, un ente provincial, a los CAPS de la ciudad de mar del plata, puesto que son 32 CAPS hay mucha demanda y esto trae aparejado que haya un buen dialogo, o por lo menos eso es lo que se apunta desde municipalidad, a tener un rol presente dentro de la comunidad y a través de nuestros enfermeros, enfermeras, licenciados algunos otros no, pero con una alta capacidad de dar respuesta a la persona que se está atendiendo, a esa puérpera que está sola, que necesita todo el apoyo y sacar miedo, hacer apoyo psicológico, que uno no es psicólogo pero tenemos un muy buen oído desarrollado para esta tarea. Fue muy productivo, desde mi punto de vista fue altamente productivo mantener esa relación hospital y centros de atención primaria.”

EM *“La verdad que la estrategia cambio un montón la forma del ingreso de los recién nacidos un cambio radical con el seguimiento que uno le puede hacer a los ausentismos y por la información que te llega desde el materno, desde enfermería que está trabajando en eso, desde el desarrollo que hacen las enfermeras del seguimiento. El funcionamiento es genial también desde la enfermería de lo que uno recibe de la descripción porque hay muchas situaciones las madres o tutoras no te comentan de ese bebe, o de ese embarazo y se sabe desde la evolución que ustedes realizan desde el materno asique es un trabajo en conjunto y también es una estrategia muy buena para ver cómo llegar el RN a la sala y si no llega para ver cómo proceder, que no se nos escapen bebes que no puedan tener su derecho al control, su derecho a la salud, es como que el plan integral de desarrollo infantil proporciono eso, poder brindar un derecho a la salud y una contención a esas familias que por ahí necesitan o que tienen vulnerado su derecho o que no pueden llevar a cabo e control o que no pueden acompañar a ese RN en el empezar de la vida como se quisiera. Lo único que por ahí estaba mejor era el tema del seguimiento , las trabajadoras sociales mandaban a través del email, si esa persona había llegado o no, si en qué momento llegó, me parece que ahí no hay un cierre, quedan librado al CAPS lo bebes que tiene que llegar, tiene que haber me parece un seguimiento mas de ese bebe, de cuando llego ese bebe, de cómo llego, de que se realizo, me parece que antes eso funcionaba mejor sino es como que de enfermería depende el ausentismo de ese bebe, y estaba mejor que también servicio social estuviera encima de esos ausentismos, no que enfermería fuera la encargada de avisar si esos bebes no venían, entonces me parece que estaba mejor que estuviera el compromiso de servicio social, antes se hacía esa devolución por mail con todos los bebes y si algunos bebes cambiaban de domicilio entonces se actualizaba la aclaración, y eso me parece que ya no se hace mas y estaría bueno que se hiciera porque sino en el caso de Meyrelles cae solamente sobre enfermería ese tema, porque no les llega más a servicio social los bebes que deben concurrir a la sala como antes que les llegaban los datos de todos.”*

OK *“el funcionamiento es bueno, la púérpera y el RN llegan a un turno precoz ya programado. Me gustaría que pudieran articular mejor y acercase al CAPS, el funcionamiento, el equipo y cómo funciona el PIDI ya que últimamente no hemos encontrado gente del equipo que se haya acercado al CAPS.”*

LL *“La estrategia del PIDI me parece una buena herramienta para que haya un mejor control del binomio para que haya un mejor control del binomio madre hijo en los primeros días de vida pero sobre todo rescato la mejor comunicación entre en*

hospital y el CAPS, sería bueno poder sostener en el tiempo la historia única entre ambas instituciones.”

Las entrevistas evidencian además de la importancia del trabajo enfermero que se ha logrado mediante esta estrategia cumplir un objetivo muy importante, una dificultad que era evidenciada desde el COFESA a nivel de todas las jurisdicciones del país, que es la organización de la red entre los centros de atención primaria de salud y el hospital.

CL “La estrategia me parece espectacular me parece que es de las mejores estrategias pero que la mejor manera de trabajar en todos los estamentos del sistema de salud , desde la atención primaria, internación secundaria y terciaria etc, me parece fundamental que haya un nexo que haya una comunicación fluida y que haya una ida y vuelta, que nosotros podamos referirnos y que conozcamos a quienes son por ejemplo desde enfermería nuestros referentes o Caro, o Maria, en su momento Gisela o Anabela y que nosotros sepamos de la persona y conozcamos a esas personas y que podamos establecer una comunicación fluida con esa persona, este porque nos garantiza que ante cualquier dato que se haya podido escapar cualquier o sospecha o lo que sea de cualquier índole, o cualquier estudio que por ahí no ha estado el resultado transcrito informáticamente, o porque la paciente se fue antes por lo que sea, siempre tenemos esta comunicación fluida que hace que nos da una seguridad y nos da la oportunidad de preguntar, tanto de un lado como del otro. Me parece fundamental y me parece esencial, creo que hay un antes y un después para el PIDI, sobre todo para un área programática como la nuestra que es tan extensa, me parece genial, y hablando con mis compañeras enfermeras, pediatras y asistentes sociales nos parece buenísimo y fundamental.”

MD “En cuanto a la estrategia del PIDI yo creo que estuvo bueno implementarlo, antes no había articulación, debe ser lo único que se articula bastante bien, habrá aciertos, errores, cosas para mejorar siempre, pero creo que es lo que mejor se articula desde los centros de salud y es hospital, a mi me parece que es muy valioso porque siempre en el control precoz que es lo que principalmente se intenta hacer, porque antes digamos de que funcionara el PIDI uno el último control que tenía la mamá le decíamos vos mamá cualquier consulta que tengas de lactancia, tuyo, venite, pero no iban antes del turno del control, y son un montón de días en los que uno llegaba tarde con la lactancia, bueno distintas cuestiones, y ahora que ya vienen con un turno, que saben que saben que pueden ir y concurrir al centro de salud para

control precoz en cualquier momento van realmente no tenemos ausentismo en los controles precoces, y realmente se puede avanzar un montón, son consultas que si bien no son con pediatría son con enfermería, son consultas a veces largas por dudas y demás, a mi me parece que es buenísimo que esto ocurra y me parece que esta bueno la síntesis que se hace de la información que se otorga desde el PIDI desde el hospital hacia el centro de salud por si hay alguna cuestión a tener en cuenta en el control precoz, no siempre digamos pero hay veces que es interesante y es importante tener en cuenta al momento de la entrevista por si no conocemos a esta familia, por si no se había controlado principalmente en el centro de salud, cosas que se desconocen, que si se detectan en el hospital y que es importante tenerlas en cuenta. En cuanto a eso que es el funcionamiento nosotros no tenemos buena internet y cuesta mucho que podamos visualizarlo en la computadora, no sé si está pautado como formal o informal, pero de alguna manera tanto por mail o por mensaje de texto desde enfermería se ponen en contacto con el centro de salud y nos hacen las observaciones que tengamos que tener en cuenta para esa primera entrevista con esta mamá con este bebé, a mi me parece que es muy importante, en varias situaciones, en dos por lo menos que me acuerde han sido importantísimo haber tenido esa información desde el hospital porque no conocíamos la familia y en una primera entrevista por cómo se dio en el centro de salud no habían surgido alguna que otra alarma y por haber leído lo que nos habían mandado del hospital pudimos abordar oportunamente alguna situación, asique a mi me parece que es super positivo la instrumentación del programa.”

GR “personalmente opino que la estrategia del PIDI ha sido importante en la atención de la mamá y el bebe en forma conjunta, mejorando la comunicación con el equipo de salud.”

CAPITULO V

5.1 Conclusión

El objetivo general de este trabajo es analizar los aportes de enfermería en la implementación de la estrategia del Plan integral de desarrollo infantil, y desde la perspectiva de las puérperas y de los profesionales. Los datos más importantes que se revelaron en el trabajo fueron que a pesar de las modificaciones que hubo en la estrategia, de los avances y retrocesos ocurridos en torno a los mecanismos de contrareferencia, y de las dificultades que surgen que nada tienen que ver con el quehacer enfermero, como los problemas de conectividad, la falta de computadoras, hasta incluso de capital humano, la misma continúa siendo beneficiosa para las puérperas y sus hijos recién nacidos, y para los profesionales que les brindan atención en los CAPS.

Desde la perspectiva de las puérperas, los resultados fueron positivos en relación a la mejora en la metodología de atención tanto de ellas, como de sus hijos recién nacidos, luego del surgimiento de la estrategia de referencia y contrareferencia del PIDI. Los datos más importantes que denotaron las entrevistas tiene que ver con la facilidad del acceso al turno de control de puerperio, que antes de la estrategia pocas realizaban, y del turno de recién nacido, no tener que trasladarse repetidas veces para conseguirlo, así como la importancia de control precoz que permitió despejar dudas, sostener la lactancia materna, y disminuir los reingresos hospitalarios por complicaciones. Esto evidencia una mejora en relación al cumplimiento del derecho a la salud oportuna y asequible.

Por otra parte, las puérperas valoraron como importante el rol de la enfermera del PIDI en la internación en relación a la puericultura, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto es lo que hace valioso del rol enfermero en la estrategia y que no puede ser reemplazado por otra profesión dado el enfoque que pone la enfermería en el ser humano y contexto.

Los profesionales entrevistados coincidieron en su totalidad en que el rol de enfermería en esta estrategia es clave. No solo desde lo administrativo, desde ser el nexo entre dos grandes sistemas, uno municipal y uno provincial con lógicas de trabajo disimiles en muchos aspectos, con lo cual enfermería debe mostrar sus virtudes en relación al trabajo interdisciplinario; sino también, y desde mi punto de vista el más importante, que es trabajo de valoración integral de la mujer puérpera, el recién nacido y su entorno, y la educación para la salud.

Este grupo reveló también la importancia en la disminución del numero de ausentismos a control de salud y la mejora del seguimiento y la asistencia interdisciplinaria que se logra con la estrategia de los casos de mayor vulnerabilidad social. Se destacó la mejora en la comunicación que se logra tanto dentro del primer nivel de atención, como para con el segundo nivel, lo que mejoro la gestión de la demanda, garantiza calidad del cuidado, continuidad en la atención, y por ende mejora el uso de los distintos capitales humanos y materiales.

Quizá deberíamos repensar acciones, y tomar en cuenta que para mejorar la estrategia es fundamental escuchar las voces de los profesionales de los CAPS. Considerar que cada efector está inserto en un contexto distinto, y que su capital humano y físico es diferente, con lo que sería interesante pensar nuevas formas para que la información llegue a todos y esto mejorara aun más la calidad de atención de los usuarios del programa.

De las entrevistas se desprende un dato muy importante que es la historia clínica única entre el sistema de salud municipal y el provincial, lo cual tendría un gran impacto en el seguimiento de las personas que se atienden, en el mejor uso de recursos físicos y humanos, etc.

BIBLIOGRAFIA

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. COFESA. (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/plan_federal_de_salud_2004_2007.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2012). Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por Lugar de Residencia. Argentina – Año 2010. *Boletines*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Boletin134.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud. Comisión Nacional Salud Investiga. (2012). *Informe de evaluación de medio término. Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009-2011*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/Implementacion-Plan-Operativo-Reduccion-Mortalidad-%20Arg2009-2011.pdf>

- Baratieri, T. & Marcón, S.S. (2012). Longitudinalidad en el trabajo del enfermero: identificando dificultades y perspectivas de transformación. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 21 (3): 549-557. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300009>.
- Berres, R. & Baggio, M.A. (2020). (Des) continuidad del cuidado al recién nacido prematuro en una región de frontera. *Revista Brasileira de Enfermagem* 73(3) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>
- Castaño, L M; Garcia, J; Kiffer, M. (2018) Documento Plan Integral de Desarrollo Infantil. Objetivos y fundamentación. División de Salud Comunitaria. Municipalidad de general Pueyrredon. Mar del Plata
- Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Atención Ambulatoria. (200?). *Guía para la operación de sistema de referencia y contrarreferencia en los centros de salud de nivel Primario del servicio de salud metropolitano sur Oriente*. Recuperado de <http://www.ssmso.cl/protocolos/GuiaRefContrarefeAd.pdf>
- Cuñat Giménez, R. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. En: *XX Congreso anual de AEDEM*, Vol. 2. Llevado a cabo en Madrid. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>
- Díaz Muskus, M.C., González Ruíz, Y.E. & Rivera Mieles, V.I. (2020). *Fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia en el servicio de urgencia de instituciones de salud en montería, en los últimos dos años*. (Tesis pos-grado en auditoria de la calidad en salud inédita). Universidad de Córdoba. Facultad De

- Ciencias De La Salud (Montería-Colombia). Recuperado de http://clinicamarcaribe.com/images/PDF/Protocolos-Clinica/REFERENCIA_Y_CONTRAREFERENCIA/CMC-UR-MN-001_Referencia_y_Contrareferencia-ilovepdf-compressed.pdf
- Ese. Hospital El Salvador de Ubaté. (2018). *Manual De Referencia Y Contrarreferencia Hospital El Salvado De Ubaté (Colombia)*. Recuperado de <https://www.hospitalubate.gov.co/MANUAL%20DE%20REFERENCIA%20Y%20CONTRARREFERENCIA.pdf>
- García Munitisa, P., de Abreub, M., Antoniettib, L., Guillénc, M., Saidc, M., Montalia, C., & otros. (2013). Sistema de referencia-contrarreferencia entre el segundo y el tercer nivel de salud en una red hospitalaria pediátrica en el conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos de Pediatría* ;111(5):405-411. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.405>
- Gentile, A. (2010) La gestión de la referencia y contrarreferencia y las normas de calidad en la atención ambulatoria: entre la formalidad y la realidad. En: *5º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria. Jornada De Enfermería Pediátrica*. Llevado a cabo en *Ciudad de Buenos Aires (Argentina)*. Recuperado de https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/gentile_calidad.pdf
- Goulart de Souza, M., Teixeira Mandul, E.N. & Nogueira Elias, A. (2013). Concepciones de enfermeros sobre su trabajo en la Estrategia de Salud Familiar. *Texto & Contexto – Enfermagem* 22 (3):772-779. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300025>

Lima B.C., Silva L.F., Góes, F.G.B., Ribeiro, M.T.S. & Alves, L.L. (2018). El trayecto terapéutico de familias de niños con cáncer: dificultades encontradas en este recorrido. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 39: 1-4 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180004>

Maceira, D. (2010). Cómo fortalecer las redes de servicio de salud. El caso de Salta. *Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°84*. Buenos Aires: CIPPEC

Morrone, B. (2008). *Dando luz al lado oscuro de las nueve lunas. El contradictorio caso de las mujeres argentinas. Poderosas para la ley, sin derechos en los escenarios sanitarios*. Mar de Plata: Ediciones Suárez

Municipio de General Pueyrredón. Secretaría de Salud. (2011). *Manual de Procedimientos Plan integral de desarrollo infantil (PIDI)*. Mar del Plata

OMS. (2000) *Objetivo de Desarrollo del Milenio ODM 4: reducir la mortalidad infantil*. Recuperado de

https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/

OMS. (2000) *Objetivo de Desarrollo del Milenio ODM 5: Mejorar la salud materna*.

Recuperado de

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/

OPS/ OMS. (2017). *Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*.

Recuperado de

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33712/9789275319338-spa.pdf>

Páramo Morales, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión N°39*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>

Salazar, L. (2004). *Evaluación de la efectividad en promoción de la salud. Guía de Evaluación Rápida CEDETES*. Colombia. Recuperado de https://www.academia.edu/27138150/Evaluaci%C3%B3n_de_efectividad_en_promoci%C3%B3n_de_la_salud_gu%C3%ADa_de_evaluaci%C3%B3n_r%C3%A1pida

Strauss, A. L. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Tixtha López, E., Leonel, A.A., Córdoba Ávila, M.A. & Campos Castolo, E.M. (2010). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista de enfermería neurológica 14* (1): 12-18. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>

Tobar, F.; Olaviaga, S. & Solano, R. (2012). Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. *Documento de Políticas Públicas N 99*. Buenos Aires: CIPPEC.

Yfrán, R.E. (2016). *Elaboración de nuevo protocolo de Referencia y Contra Referencia para los Niveles de Atención n de la Salud de Rio Grande T.D.F.* (Tesis en Gestión interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS.) Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp->

[content/uploads/2017/12/Yfran_trabajo-final-Certificado-APS-2015_versi%C3%B3n-final.pdf](#)