



# Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina

Alberto Tomás Simioni,<sup>1</sup> Oraldo Llanos,<sup>1</sup> Mariana Romero,<sup>2</sup> Silvina Ramos,<sup>3</sup>  
Vanessa Brizuela<sup>3</sup> y Edgardo Abalos<sup>4</sup>

## Forma de citar

Simioni A, Llanos O, Romero M, Ramos S, Brizuela V, Abalos E. Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e38.

## RESUMEN

**Objetivo.** Se buscó mejorar el desempeño de la política de regionalización en la provincia de Santa Fe, Argentina, como estrategia para mejorar la atención en salud perinatal mediante el diagnóstico de los procesos de implementación, y la construcción de consensos entre decisores y partes interesadas alrededor de un plan de acción.

**Métodos.** Se realizó una investigación en implementación con metodología mixta. Mediante un diagnóstico de situación, se establecieron indicadores trazadores para medir la adherencia a los componentes de la política. A través de un análisis de actores, se identificaron barreras y facilitadores a la implementación. Por medio de talleres para la elaboración de un resumen de políticas y un diálogo deliberativo se brindó capacitación sobre la elaboración de políticas basadas en consenso y evidencia.

**Resultados.** Hubo mejoras en la cantidad de nacimientos ocurridos en hospitales adecuados y en aquellos ocurridos en maternidades con Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE). Se identificaron barreras en el sistema de referencia y en la comunicación sobre la política, lo que resultó en un acuerdo inicial en el uso de guías y capacitación técnica específica con respecto al traslado de bebés y madres.

**Conclusiones.** La participación de agentes de salud en la identificación de las barreras y las estrategias para sortearlas y la utilización de herramientas para informar a la gestión permiten la adopción de estrategias consensuadas y basadas en evidencias para mejorar la implementación de una política.

## Palabras clave

Regionalización; salud materno-infantil; atención perinatal; implementación de plan de salud; sistemas de salud.

Las intervenciones sectoriales aisladas (aun siendo efectivas y basadas en evidencias) no han tenido los efectos esperados para reducir la morbilidad materna y perinatal, lo que mostró además la persistencia de desigualdades regionales y en poblaciones vulnerables (1).

La evidencia muestra que la organización de los sistemas de salud, la calidad de los cuidados y las competencias técnicas de los prestadores son críticas (2–4).

La regionalización de la atención ha sido una estrategia propuesta para asegurar el acceso universal y mejorar

la cobertura de salud, incluidos cambios organizacionales del sistema de salud y de la provisión de servicios. Constituye un mecanismo complejo de descentralización técnica y administrativa que comprende el establecimiento de niveles de cuidados, desde el centro de atención primaria de salud en la comunidad y los policlínicos de especialidades en el nivel intermedio hasta alcanzar su máximo desarrollo en centros médicos nacionales o regionales (5). Introducida hace décadas, su objetivo es mejorar los resultados de

<sup>1</sup> Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva (DPSNASyR), Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Argentina. La correspondencia se debe dirigir a: Alberto Simioni. Correo electrónico: simionialbertotomas@gmail.com

<sup>2</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup> Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>4</sup> Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), Rosario, Argentina.

salud a través de la conformación de centros que concentran grandes volúmenes y complejidad, con adecuada coordinación de los cuidados dentro de un territorio (6). En el campo materno-perinatal, esta política ha sido implementada para coordinar los servicios dentro de un área geográfica y asegurar que las mujeres y los recién nacidos de alto riesgo reciban atención en hospitales con las capacidades y las tecnologías requeridas para asegurarles cuidados óptimos (7). Con base en las experiencias de Canadá, Chile y Estados Unidos de América, las maternidades se clasifican según niveles de atención, se organizan los sistemas de transporte y se construyen vínculos entre las estructuras de salud con el fin de mantener la capacitación adecuada en los niveles de menor complejidad para una oportuna referencia de los casos de alto riesgo (8).

A partir de 2009, la provincia de Santa Fe, Argentina, comenzó el proceso de regionalización de la atención perinatal según un acuerdo del año 2008 del Consejo Federal de Salud. Se evaluaron las maternidades y se categorizaron según el número de partos anuales y el cumplimiento de las siete Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y suscritas por el Ministerio de Salud de la Nación (9). Así, se acordó que las instituciones que realizaban menos de 100 partos anuales refieran los nacimientos hacia otros efectores con condiciones adecuadas. Pero la evaluación de medio término del Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil mostró que, si bien la regionalización era considerada un tema prioritario, la implementación en las provincias del país fue heterogénea (10, 11). La evidencia en otros países sugiere que algunos de los obstáculos son intrínsecos a la naturaleza de la estrategia: esquemas de gobernanza, arreglos institucionales y financieros, cultura organizacional, disposición para el cambio, disponibilidad y destrezas de los equipos de salud y aceptabilidad por parte de los usuarios (12, 13).

Dado el contexto, se propuso una investigación en implementación con el objetivo de mejorar el desempeño de la política de salud materno-perinatal a través de un diagnóstico sobre los procesos de implementación de la regionalización, y la creación de condiciones para la construcción de consensos entre los decisores y las partes interesadas alrededor de un plan de acción para

fortalecerla. Se propuso: a) evaluar el avance del proceso de regionalización a través del análisis de indicadores trazadores y el mapeo de los recursos existentes, b) identificar las barreras y los facilitadores para la implementación de la política, c) comprender la dinámica en la que esas barreras y facilitadores interactúan en los diferentes contextos y afectan la implementación y el desempeño de la estrategia, y d) elaborar y diseminar un plan de acción consensuado para introducir correcciones en el proceso, reforzar la estrategia y crear mejores condiciones para su sustentabilidad, atendiendo las especificidades de cada contexto territorial (figura 1).

### MÉTODOS

Este trabajo forma parte de la iniciativa “Mejoras en la ejecución de programas a través de investigaciones acerca de dicha ejecución integrada” (iPIER por sus siglas en inglés), desarrollado por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El modelo iPIER coloca a los ejecutores de programas en el centro de una investigación con el objetivo de entender las fallas en los sistemas de salud que crean barreras a la implementación, así como permite identificar las soluciones a estas barreras. Las investigaciones sobre la implementación, integradas en los procesos existentes, contribuyen a la efectividad de los programas y políticas de salud a través de la utilización de la investigación como parte del proceso de ejecución de una política.

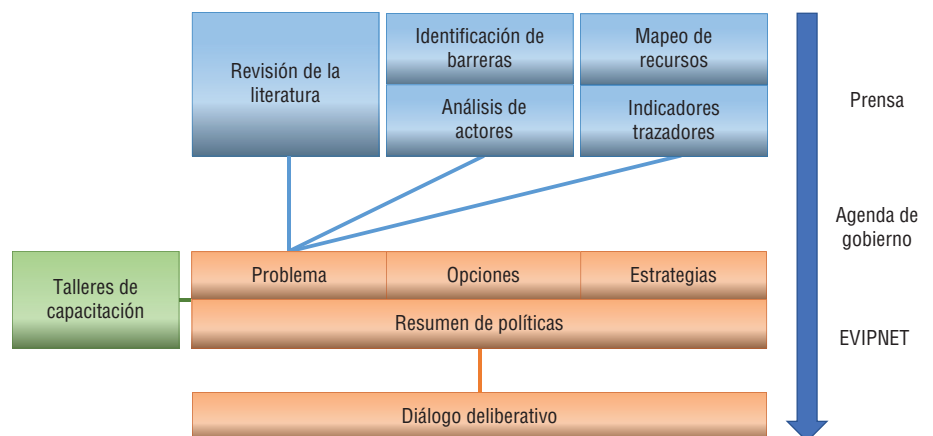
El equipo responsable del proyecto estuvo conformado por decisores políticos especializados en salud perinatal, investigadores de centros académicos orientados al diseño, implementación y evaluación de políticas sanitarias y de organizaciones que intervienen en el campo de la salud pública. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Independiente del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), el Comité Provincial de Bioética de la Provincia de Santa Fe y el Comité de Bioética en Investigación de la OPS en febrero de 2015.

### Diagnóstico de situación

Se construyeron tres indicadores trazadores para evaluar la adherencia a los componentes centrales a la estrategia en toda la provincia y en los cinco nodos (regiones administrativas en las que esta se divide) durante el año previo al inicio de la política (2008) y el año previo al inicio del estudio (2014). Para su construcción, se procesó información de la Dirección de Estadística y de la Sala de Situación del Ministerio de Salud provincial provenientes del Sistema Informático Perinatal (14) y del Registro Diario de Hospitalización y Egresos Hospitalarios. Estos fueron:

- Indicador I: porcentaje de bebés prematuros menores de 32 semanas y/o 1 500 gramos nacidos en maternidades inferiores a categoría IIIb (15).
- Indicador II: porcentaje de bebés prematuros menores de 35 semanas y mayores de 32 semanas, y/o menores de 2 500 gramos y mayores de 1 500 gramos, nacidos en maternidades inferiores a IIIa.

FIGURA 1. Planificación del protocolo de investigación.



EVIPNet, Evidence-Informed Policy Network (Red de Políticas Informadas en la Evidencia).

- Indicador III: porcentaje de mujeres con parto en maternidades sin unidad de terapia intensiva (UTI) de adultos que requirieron hospitalización en UTI.

A fin de conocer la capacidad instalada en los servicios, la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva realizó un mapeo de recursos. Se relevaron procesos, infraestructura y recursos humanos de todas las maternidades de la provincia donde se realizan más de 100 partos anuales mediante un cuestionario dirigido a los directores y jefes de servicio de maternidad y neonatología. El instrumento constó de 28 preguntas que abarcaron los siguientes dominios: ubicación y tipo de institución, estructura y capacidad de la institución, recursos humanos, exámenes complementarios y pruebas de laboratorio, atención del parto, cuidados intensivos maternos, cuidados intensivos neonatales, intervenciones neonatales y calidad de la atención.

### Identificación de barreras y facilitadores

Se elaboró un análisis de actores para comprender las perspectivas de las partes interesadas a través de una encuesta a trabajadores de la salud representantes de los cinco nodos y de la realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave. Las encuestas (28 ítems agrupados en diez dimensiones) se realizaron con el doble objetivo de conocer el grado en que el proceso de regionalización es un tema de la agenda en los niveles medios de gestión y por qué lo es, y construir la viabilidad para el proyecto y el plan de acción. En una primera ronda, se invitó a completarla a los participantes de los talleres de capacitación en la redacción de resúmenes de políticas, y en una segunda ronda se envió la encuesta en línea a informantes clave de los cinco nodos utilizando Survey Monkey®. Para las entrevistas semiestructuradas se identificaron responsables de nodos, autoridades

de los efectores de salud y de atención primaria de la salud, referentes de traslado y trabajadores de los servicios. Contendrían 18 preguntas abiertas que abordaron problemas respecto a la atención perinatal, posición respecto a la regionalización, barreras y facilitadores a la implementación y recomendaciones para mejorarla.

### Capacitación de gestores y agentes del sistema de salud

Para dejar capacidad instalada en el uso de la evidencia para la realización de resúmenes de políticas y la conducción de diálogos deliberativos, fue necesaria la capacitación mediante talleres. Esta actividad se basó en los materiales y la experiencia existentes del proyecto FP7 SUPPORT y la colaboración Red de Políticas Informadas en la Evidencia (EVIPNet por sus siglas en inglés) (16, 17). El primer taller se realizó en la ciudad de Rosario para 59 participantes de la región sur (nodos Rosario y Venado Tuerto), el segundo se realizó en la ciudad de Santa Fe para 49 participantes de la región norte (nodos Reconquista, Santa Fe y Rafaela).

### Herramientas para la política

Se realizó un resumen de política (18) en colaboración con voluntarios participantes de los talleres y usando una plataforma en línea desarrollada por CREP. Se buscó la evidencia disponible en las bases de datos de Health Systems Evidence, la Colaboración Cochrane y en Medline utilizando las palabras clave (en inglés): transporte materno neonatal, regionalización perinatal, barreras,

estrategias de comunicación y transferencia de conocimientos (19). Este sirvió como insumo principal para el desarrollo del diálogo deliberativo realizado en Rosario en noviembre de 2015 (20).

### Resultados de investigación

**Indicadores trazadores.** Con relación al indicador I, la proporción de niños de muy bajo peso al nacer (< 1 500 g) que no nacieron en maternidades de complejidad adecuada disminuyó de 70,7% en 2008 a 46,2% en 2014 (cuadro 1).

Entre 2008 y 2014, el porcentaje total de niños nacidos con bajo peso (entre 1 500 y 2 499 gramos) también disminuyó (de 11,0% a 8,9%), aunque se notaron marcadas diferencias entre la región metropolitana de Santa Fe (nodo 3) y los nodos 1 y 2 del centro y norte de la provincia, y el nodo 5 en el sur (cuadro 2).

### Mapeo de recursos

Del total de nacimientos en el sector público en la provincia en el año 2014, 98,2% ocurrió en los 28 hospitales con más de 100 partos anuales. Esto refleja una disminución del número de nacimientos en hospitales no adecuados de 62% (de 4,8% en 2008 a 1,8% en 2014). Antes de la implementación de la política, 75% de los nacimientos se habían producido en maternidades que cumplían con las CONE, con un ascenso a 84% en el año 2014.

Según lo reportado por las instituciones, nueve de las 27 maternidades que respondieron la encuesta no cumplen con algunas de las CONE. En un hospital

**CUADRO 1. Indicador I: nacimientos de prematuros < 32 semanas y/o 1 500 gramos en maternidades inferiores a categoría IIIb**

Año	TOTAL		Centro y norte		Sur	
	2008	2014	2008	2014	2008	2014
Indicador I (%)	70,7	46,2	50	52,7	87,8	41,2
NV < 1 500 g (n)	328	420	148	182	180	238
NV <1500g no nacidos en IIIb (n)	232	194	74	96	158	98

NV, nacidos vivos.

**CUADRO 2. Indicador II: nacimientos de prematuros < 35 semanas y > 32 semanas de edad gestacional y/o < 2 500 gramos y >1 500 gramos de peso de nacimiento, en maternidades inferiores a IIIa**

Año	TOTAL		Nodo 1		Nodo 2		Nodo 3		Nodo 4		Nodo 5	
	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014	2008	2014
Indicador II (%)	11,0	8,9	33,3	21,1	28,9	36,5	8,4	3,7	7,2	7,4	9,2	16,7
NV 1 500-2 499 g (n)	1698	1803	141	150	90	83	512	575	890	923	65	72
NV 1 500-2 499 g no nacidos en IIIa o IIIb (n)	186	160	47	32	26	27	43	21	64	68	6	12

NV, nacidos vivos.

no se realizan alumbramientos manuales, en dos no se hacen histerectomías, y en tres no se realizan partos vaginales asistidos (CONE 1). Un hospital reportó que no puede realizar transfusiones (CONE 3) y otro no cuenta con personal para la recepción adecuada del recién nacido (CONE 5). Dos hospitales refirieron no contar con programas de actualización o guías para basar sus prácticas (CONE 6). Treinta y tres por ciento de las maternidades que realizan más de 100 partos en la provincia no cumplen con al menos una de las CONE. Sin embargo, en estas nueve maternidades se realizó solo 12% de los partos del sector público. El porcentaje de nacimientos que ocurren en maternidades que cumplen con todas las CONE aumentó de 75% en el bienio 2010-2011 a 84% en 2014.

### Identificación de barreras y facilitadores

De las 108 personas que asistieron a las jornadas de capacitación, 63 respondieron la encuesta (58%). De los 95 informantes clave invitados a participar de la encuesta Survey Monkey®, se obtuvieron 57 respuestas (60%). Las entrevistas telefónicas se realizaron a los 15 informantes clave seleccionados (tasa de respuesta de 100%).

Existe coincidencia en ambas encuestas (presencial y en línea) respecto de señalar a la regionalización de los servicios como una estrategia acertada para responder a las necesidades de atención, a la protocolización de las prácticas perinatales y a la coordinación entre los niveles de atención. Las barreras más importantes para su implementación se relacionan con la coordinación y logística entre las instituciones para la referencia y contrarreferencia, y a deficiencias en la

comunicación sobre los propósitos de la política y sus potenciales alcances, tanto entre los equipos de salud como hacia la población (cuadro 3).

De las entrevistas a los informantes clave se puede extraer que la política se vería beneficiada por un trabajo integral en capacitación en servicio a todos los actores del sector salud, y de difusión e información sobre la política y sus logros a la población en general.

*“La política de regionalización es para lograr una mejor salud en las madres y en los recién nacidos. Después el tema es cómo (...) mejorarlo y cómo utilizarlo. Eso es lo que yo estoy observando como déficit. Que no se está capacitando a la gente, que no hay información suficiente a la población, hay problemas con el sistema de traslados (...) hay cierto desorden”.*

Esto incluiría al sistema de traslados para mejorar los tiempos, protocolización de las acciones frente a casos de alta complejidad, y trabajo coordinado con otras áreas (salud mental, trabajo social) para asegurar un seguimiento apropiado e ininterrumpido del trabajo realizado previo al parto.

*“Capacitación (al personal de salud) más continua, si bien se hace, pero me parece que debería hacerse más”.*

*“Insistir con las campañas de difusión que ya en este caso es demostrar resultados, de lo efectivo que fue con números en la mano, de cómo se pudo avanzar en los distintos índices de mortalidad materno-infantil (...). (Campañas dirigidas) a la población en general y a autoridades políticas y las instituciones”.*

### Resumen de políticas

Las barreras identificadas a partir del diagnóstico fueron: 1) déficit en el

sistema de referencia y contrarreferencia tanto en evaluación, proceso del traslado y recepción, y falta de coordinación entre las instituciones para que las derivaciones ocurran en tiempo y forma; y 2) desconocimiento de la política de regionalización (por falta de información o comunicación inadecuada) a los equipos y la población. Para estas barreras se identificaron intervenciones en tres ejes: optimización del transporte materno-perinatal, optimización del trabajo en equipo (incluida la comunicación interna) y optimización del cambio de prácticas (incluida las guías de práctica y la adopción de políticas).

### Diálogo deliberativo

Se organizó alrededor de los ejes del resumen de políticas. Se acordó la priorización de las barreras del siguiente modo: dificultades en la comunicación y problemas con los traslados (incluida la capacitación de los recursos humanos en ambos casos). Los integrantes del diálogo acordaron recomendar los acuerdos y las guías para el traslado materno-perinatal dentro de la red, incluidos la capacitación técnica y el resguardo de las condiciones para el traslado del neonato, y la utilización de la evidencia directa sobre las valoraciones de riesgos para el transporte neonatal y de la evidencia indirecta disponible para la valoración de riesgos para el transporte materno.

### Resultados de la implementación

Durante el período en el que se llevó a cabo este proyecto, se desarrollaron actividades orientadas al fortalecimiento de los servicios para el cumplimiento de las

**CUADRO 3. Principales barreras identificadas para la implementación de la política de regionalización de atención perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina**

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



CONE en todas las instituciones, lo que garantizó esta condición desde inicios de 2016 en las 28 maternidades. Desde mediados de 2015, además, se articularon acciones con hospitales del sector privado (incluyendo la seguridad social), donde se producen más de 50% de los nacimientos de la provincia, para concretar la acreditación por parte del Ministerio de Salud de la Nación, sumando así maternidades seguras.

## DISCUSIÓN

El análisis de los indicadores trazadores da cuenta de acciones externas a este proyecto de investigación y a la implementación de la política que caben mencionar. Por ejemplo, en 2008 no existía la categorización de maternidades (II, IIIa y IIIb), por lo que se registraron nacimientos de niños prematuros y prematuros extremos en casi todos los efectores. Para el año 2014, se observa una adecuación de los partos de niños menores a 32 semanas y/o con pesos de nacimiento menores a 1 500 gramos en maternidades IIIb como medida de la adherencia a los componentes centrales de la política de regionalización de la atención perinatal que comenzó en 2009. Sin embargo, gran parte de los avances observados con relación a este indicador están dominados por el reordenamiento de los nacimientos en una sola ciudad (Rosario), observándose para este y para el indicador II grandes variaciones regionales. Por otro lado, no fue posible construir el indicador III con los datos recolectados de manera sistemática por la Dirección de Estadísticas y Sala de Situación. Este era el único indicador de proceso propuesto para evaluar las necesidades de atención materna según la complejidad del efector.

Como fortalezas del proyecto pueden señalarse: investigación participativa con gran representatividad de los territorios, disciplinas, responsabilidades, funciones y géneros, y el haber compartido un mismo protocolo entre gestores e investigadores. La elaboración del resumen de política y la realización del diálogo deliberativo fueron los productos comprometidos para informar a la gestión sobre las barreras y los facilitadores identificados, y las estrategias para abordarlos. Se espera que el fortalecimiento de la atención primaria (donde se inicia el proceso a través de la planificación familiar, el

control de embarazo, la detección de riesgo y la derivación oportuna) y la coordinación del sistema de emergencias y traslados dentro de los tres temas priorizados por el Ministerio de Salud garanticen la sustentabilidad de esta política. Debe enfatizarse también que la regionalización fue presentada en el gabinete de ministros de la provincia y tomada como punto relevante de la gestión.

Los aspectos que no contribuyeron al desarrollo pleno de la investigación obedecen a dos planos diferentes: la escasa evidencia encontrada en la literatura sobre las barreras relevadas y las circunstancias de la coyuntura. Durante el período de la investigación ocurrieron cinco elecciones de autoridades (locales, provinciales y nacionales) que por su naturaleza dificultaron los procesos.

La evidencia indica que la estrategia de regionalización podría estar asociada a mejoras en la salud perinatal y materna (21). Sin embargo, los estudios reportan experiencias en países desarrollados, donde las cargas de enfermedad y las características de las intervenciones realizadas difieren de las de los países en desarrollo. Otras fuentes enfocan en las perspectivas del equipo de salud y de las usuarias y analizan intervenciones para optimizar las conductas de ambos grupos. Al no encontrarse evidencia sobre los procesos de implementación de la política en contextos como el nuestro, la identificación de barreras y facilitadores se realizó en base a información primaria producida por este proyecto. Sin embargo, la información recabada por este estudio, tanto en lo referente a los indicadores de proceso como a las barreras y facilitadores para la implementación de la política, se ajusta a las características políticas, socioeconómicas y culturales propias de la provincia de Santa Fe, incluida la distribución territorial de recursos humanos y de infraestructura. Debe tenerse en cuenta estas características al momento de extrapolar las conclusiones de este trabajo a otras latitudes.

Otra de las limitaciones de esta investigación en implementación es que, con los datos relevados, no es posible evaluar la correlación entre el grado de adherencia a la política y la calidad de atención en los diferentes efectores, o su impacto sobre los resultados de salud maternos y perinatales. Sin embargo, este no fue el objetivo de la investigación.

## Conclusiones

A partir de esta investigación, se pudo recabar evidencia sobre las principales barreras y facilitadores para la implementación de la política de regionalización de la atención materno-perinatal en la provincia de Santa Fe. Es de notar que, tanto en las encuestas y entrevistas a informantes clave como en las opiniones vertidas en el diálogo deliberativo, se enfatizó la necesidad de mejorar los canales de comunicación entre los trabajadores del sistema de salud y hacia la comunidad para facilitar la profundización de la estrategia. La capacitación en servicios y la coordinación de los traslados fueron mencionadas con frecuencia. Los procesos llevados a cabo durante la investigación han permitido la selección de estrategias factibles para enfrentar las barreras identificadas, estableciéndose consensos entre todas las partes interesadas, considerando las distintas perspectivas y las especificidades regionales. La participación de los trabajadores del sistema de salud en la identificación de las barreras y las estrategias para sortearlas permite a la gestión adoptar estrategias de abordaje consensuadas y basadas en evidencias para mejorar la implementación de una política altamente reconocida y valorada.

**Agradecimientos.** Los integrantes del proyecto RAMPAS agradecen a los funcionarios de OPS/OMS por el apoyo, asesoramiento y acompañamiento en el trabajo y en los talleres en Washington D.C., Estados Unidos de América, y en Rosario, Argentina; a los integrantes de OPS Argentina, al equipo del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en la persona del Sr. Ministro, a los miembros de la DPSNASSyR y a los participantes de los talleres de resúmenes de políticas y del diálogo deliberativo, a los trabajadores de las instituciones que completaron las fichas de relevamiento, respondieron las encuestas y fueron entrevistados como informantes clave de la política implementada, todos quienes fueron, en realidad, la voz de esta investigación.

**Financiamiento.** Este trabajo fue financiado por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR), de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Organización

Panamericana de la Salud (OPS) brindó cooperación técnica para el desarrollo de este proyecto. Las opiniones expresadas aquí son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el criterio ni

la política de la OPS. En el contexto del programa iPIER, el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) brindó asistencia técnica para el desarrollo del protocolo y la ejecución del proyecto.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

## REFERENCIAS

1. Smylie J, Crengle S, Freemantle J, Taualii M. Indigenous Birth Outcomes in Australia, Canada, New Zealand and the United States: an overview. *Open Women's Health J.* 2010;7-17.
2. Campbell OMR, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet.* 2006;368:1284-99.
3. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P, Marchal B, De Brouwere V, van Lerberghe W; Lancet Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care. *Lancet.* 2006;368:1377-86.
4. Austin A, Langer A, Salam RA, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence. *Reprod Health.* 2014;11(S2):S1.
5. Bravo AL. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.* 1974. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/14231/v77n3p231.pdf?sequence=1> Acceso el 23 de agosto de 2016.
6. Jastremski MS. Regionalization and categorization of critical care services. *Crit Care Clin.* 1993;9(3):603-12.
7. Yu VY, Dunn PM. Development of regionalized perinatal care. *Semin Neonatol.* 2004;9(2):89-97.
8. De Mucio B, Fescina R, Schwarcz A, Garibaldi MC, Méndez Valdemarín GC. Regionalización de la atención perinatal. Documentos. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud; 2011.
9. Boletín Oficial de la República Argentina. Resolución 348/2003. Programa de garantía de calidad, normas de organización y funcionamiento de los servicios de Maternidad. *Boletín Oficial.* 30159, 28/05/2003.
10. Ministerio de Salud de la Nación Argentina Subsecretaría de Salud Comunitaria. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Plan Operativo: plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes.
11. Berztein R, Drake I, Miceli A y cols. Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009-2011. Evaluación de medio término. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/Implementacion-Plan-Operativo-ReduccionMortalidad-%20Arg2009-2011.pdf> Acceso el 15 de marzo de 2016.
12. Bronstein J, Ounpraseuth S, Jonkman J, Lowery CL, Fletcher D, Nugent RR, et al. Improving perinatal regionalization for preterm deliveries in a Medicaid covered population: initial impact of the Arkansas ANGELS Intervention. *Health Services Research.* 2012;46:4.
13. Nowakowski L, Barfield WD, Kroelinger CD, Lauver CB, Lawler MH, White VA, et al. Assessment of state measures of risk-appropriate care for very low birth weight infants and recommendations for enhancing regionalized state systems. *Matern Child Health J.* 2012;16:217-27.
14. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología. Sistema Informático Perinatal. Disponible en: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=84%3Asistema-informa%C2%A-1ticoperinatal&Itemid=242&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84%3Asistema-informa%C2%A-1ticoperinatal&Itemid=242&lang=es) Acceso el 14 de marzo de 2016.
15. Ministerio de Salud de la Nación. Nomenclador Perinatal de Alto Riesgo. Propuesta de incorporación de estrategias de intervención y líneas de cuidado. Disponible en: [http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Nomenclador\\_Perinatal\\_de\\_Alto\\_Riesgo.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Nomenclador_Perinatal_de_Alto_Riesgo.pdf) Acceso el 14 de marzo de 2016.
16. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health policymaking (STP) 2: improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health Res Policy Syst.* 2009;7(S1):S2. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S2
17. World Health Organization. Evidence Informed Policy Network. Disponible en: <http://global.evipnet.org/> Acceso el 14 de marzo de 2016.
18. Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP). Resumen de políticas. Regionalización de la atención perinatal: principales barreras para la implementación de la política en la provincia de Santa Fe y estrategias para su abordaje. Rosario: CREP; 2015. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/548.pdf>
19. McMaster Health Forum. Health Systems Evidence. McMaster University. Disponible en: <https://www.healthsystemsevidence.org/> Acceso el 16 de marzo de 2016.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (AHPSR). Reporte de diálogo deliberativo. Barreras en la implementación de la política de regionalización de la atención perinatal en la provincia de Santa Fe: estrategias para su abordaje. Rosario: OMS-AHPSR; 2015. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/549.pdf>
21. Rashidian A, Omidvari AH, Vali V, Mortaz S, R. Yousefi-Nooraie, Jafari M, Bhutta ZA. The effectiveness of regionalization of perinatal care services: a systematic review. *Public Health.* 2014;128:872-85.

Manuscrito recibido el 29 de abril de 2016. Aceptado para publicación, tras revisión, el 20 de octubre de 2016.

---

**Regionalization of  
perinatal health care in  
the province of Santa  
Fe, Argentina**

**ABSTRACT**

*Objective.* Improve the performance of the regionalization policy in the province of Santa Fe, Argentina, as a strategy to improve perinatal health care by analyzing implementation processes and building consensus among decision makers and stakeholders around an action plan.

*Methods.* Implementation research was conducted using mixed methodology. A needs assessment established tracer indicators to measure adherence to the components of the policy. Actors were studied to identify the barriers and facilitators of implementation. Training was provided on the development of consensus- and evidence-based policies, through workshops in which policy briefs were prepared and through a deliberative dialogue.

*Results.* There were improvements in the number of births in appropriate hospitals and in the number of births in maternity hospitals with Essential Obstetric and Neonatal Care (CONE). Barriers were identified in the referral systems and in communication on policy, which resulted in an initial agreement on the need for guidelines and specific technical training on the transfer of babies and mothers.

*Conclusions.* The participation of health workers in identifying barriers and strategies to overcome them, and the use of tools to report this to management, permit the adoption of consensus- and evidence-based strategies to improve policy implementation.

**Keywords**

Regional health planning; maternal and child health; perinatal care; health plan implementation; health systems.

---