

La capacitación en terreno como estrategia de mejora de la calidad de atención de la salud: Análisis de su implementación en cuatro servicios de neonatología del norte argentino



Por Diana Fariña

**Médica Neonatóloga y
Pediatra (UBA).
Magíster en Economía
y Gestión de la Salud
(Universidad ISALUD).
Jefa del Área Terapia Intensiva
Neonatal del Hospital Prof.
Dr. Juan P. Garrahan.**

**Directora: Dra. Ana Speranza
(Universidad ISALUD y MSAL)**

**Jurado Evaluador
Dra. Zulema Bianconi (Universidad ISALUD)
Dr. Alberto Dasso (Universidad ISALUD,
Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan)
Mag. Arturo Schweiger (Universidad ISALUD)**

La versión completa se encuentra disponible en el Centro de Documentación de la Universidad ISALUD

1. Introducción

La capacitación en terreno ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar la calidad de atención en salud, ya que permite elaborar un diagnóstico de situación y las estrategias para solucionar los problemas detectados, intercambiando información directamente en el ámbito de desempeño de los principales actores.

En este trabajo se analiza la capacitación en terreno, realizada a través del Programa de Capacitación en Terreno (PCT) coordinada por equipos del Hospital J P Garrahan. Este programa fue aplicado en los servicios de neonatología en las principales maternidades de las provincias de Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero y Formosa¹. Sus resultados analizan a través de distintos indicadores que permitieron evaluar el éxito de estas intervenciones a través de distintas dimensiones.

La mortalidad infantil (MI) entendida como la proporción de muertes en menores de un año sobre los recién nacidos vivos es considerada un indicador fiel del desarrollo social de una nación y su disminución constituye una de las metas más importantes no sólo del Ministerio de Salud la Nación (MSAL) sino también de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En Argentina, aunque la tendencia es decreciente (disminución de 3 puntos en 5 años, 16,6‰ a 13,3‰), las desigualdades entre las provincias es notable de tal modo que la MI de la provincia Formosa (22,9‰) es casi 3 veces mayor que la de la Ciudad Autónoma de Bs.As (8,0‰). Dentro de los componentes de la MI se encuentra la mortalidad neonatal (MN), proporción de muertes en menores de 28 días sobre recién nacidos vivos. Aproximadamente 6 de cada 10 muertes en menores de un año ocurren antes de los 28 días de vida. En nuestro país, el 60% de las muertes en esta etapa son consideradas evitables con medidas como control adecuado del embarazo y parto y atención del recién nacido (RN) oportuna y eficiente.

En el marco del Plan Federal de Salud, entre las metas establecidas para el cuatrienio 2004-2007 se encuentran la disminución de la MI en un 25% con respecto a los valores del año 2002 y la promoción de la equidad en salud al establecer como objetivo que la tasa de MI y la MN de la jurisdicción con valor más alto no sea mayor al doble de la tasa de

¹ Instituto Maternidad Nuestra Señora de Las Mercedes, San Miguel de Tucumán; Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca; Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero y Hospital de la Madre y del Niño, Formosa

jurisdicción con valor mas bajo.

En la Argentina, la terapia intensiva neonatal ha presentado, en esta última década, importantes cambios en lo que se refiere a desarrollo tecnológico y creación de nuevas Unidades. Sin embargo este crecimiento técnico de algunas unidades no se ha vinculado, en general, con una mejoría en el estándar de atención debido a que no fue acompañado de un crecimiento en otros aspectos iguales o más importantes que el tecnológico como son:

- la calidad y la cantidad optima de recurso humano (enfermeros, neonatólogos, especialistas, personal de apoyo), capaces de atender al recién nacido (RN) críticamente enfermo y emplear en forma adecuada la tecnología recibida.
- el desarrollo de la gestión de los procesos: farmacia, adquisición de insumos, organización del servicio etc.
- una infraestructura óptima para la atención de estos RN que contribuya al aumento de la sobrevida y a la disminución de las secuelas como son el manejo adecuado de la oxigenoterapia o el control de la infección hospitalaria.
- un cuidado oportuno del binomio madre-hijo, centrado en la familia acorde a las tendencias actuales de humanización del cuidado médico.

La aplicación de este PCT constituye el asesoramiento técnico focalizado en los problemas mencionados comprendidos, básicamente, en cuatro aspectos.

1. RRHH

- cantidad y calidad de personal de enfermería
- cantidad y calidad de profesionales médicos
- personal de apoyo

2. Equipamiento e insumos

- requerimientos necesarios de equipamiento e insumos acorde al censo
- de RN de esa institución
- asesoramiento sobre diseño funcional de la unidad
- estrategias de adquisición y mantenimiento de equipos

3. Organización, gestión y desarrollo

- organización en sectores de cuidados progresivos
- manejo óptimo de la oxigenoterapia
- control de infección hospitalaria
- gestión de productos farmacéuticos e insumos
- roles y funciones del personal del equipo de salud
- asesoramiento sobre la recolección sistemática de los datos necesarios

Tabla 1

Análisis de los indicadores de gestión de la atención de salud perinatal en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced, San Miguel de Tucumán (2004-2007)

INDICADORES DE GESTIÓN				
	Indicador	Situación Junio 2004	Estrategia Implementada	Situación Junio 2007
RRHH	Cumplimiento de incorporación acordada de enfermería	Déficit de alrededor de 50%	Se efectuó una evaluación del censo de pacientes y del requerimiento de enfermería de cada sector. El número adecuado de enfermeras/os fue definido como indispensable para la disminución de la mortalidad neonatal en la maternidad	Incorporación progresiva, número actual adecuado ⁽¹⁾
	Encargado de turno de enfermería	Desorden de organización, no encargado de turno y dificultades en la gestión	Rotaciones por el hospital Garrahan, jerarquización de la gestión como herramienta para mejorar los resultados.	Presencia de un encargada por turno, gestión ordenada de enfermería
	Cobertura adecuada de horas médicas	Médicos de 30 hs, 3 médicos por guardia	Justificación del aumento de horas médicas frente al Ministerio de Salud, rotación por el Htal Garrahan para conocer un modelo con horario prolongado	Incorporación de 7 médicos de planta, 4 neonatólogos por guardia y instauración de la prolongación horaria y creación de la figura de Coordinador de sector
	Personal auxiliar	Insuficiente y no formado	Justificación de función y análisis del déficit	Nº adecuado y funciones específicas en todos los turnos
Equipamiento e Insumos	Incorporación de equipamiento e insumos. Alimentación parenteral	Equipamiento insuficiente, insumos escasos y ausencia de material imprescindible. Alimentación parenteral de mala calidad y en número limitado	Listado de elementos a adquirir y chequeo de su incorporación en cada capacitación mensual. Implementación de una lista de insumos neonatales especiales en la compra centralizada provincial. Informe sobre la calidad y la cantidad de alimentación parenteral necesaria	Adquisición progresiva de equipamiento. Desde Marzo 2005 se adquiere la alimentación parenteral a un tercero. Actualmente equipamiento adecuado sólo queda mejorar el mantenimiento e iniciar un plan para renovar equipamiento obsoleto
Organización de Servicio	Implementación de la ubicación de pacientes según cuidados progresivos	Desorden de distribución de pacientes. Pacientes críticos al lado de estables, sin un orden estipulado	Participación activa la distribución de los RN, rotaciones en el Garrahan para observar el funcionamiento. Convencimiento del personal de enfermería y entrenamiento en el cambio de lugar de pacientes según distribución de enfermería	Pacientes internados según cuidados progresivos. Aislamiento de los RN con infección respiratoria, mayor comunicación entre los sectores. Enfermeras entrenadas en la movilización de pacientes
	Designación de enfermera en control de infecciones	Falta de formación en control de infecciones	La rotación por el Garrahan de la neonatóloga y de las enfermeras que iban a estar a cargo del control de infecciones fue fundamental para la implementación de la estrategia	Enfermera en control de infecciones y disminución de las infecciones intrahospitalarias con la consiguiente disminución de la mortalidad neonatal
	cumplimiento de pase de sala	Pase de sala ocasional	En cada capacitación se intenta efectuar el pase de sala para jerarquizar su utilidad	Aún no se efectúa de rutina pero es mas frecuente que en un principio. Su implementación depende en gran medida de la presión asistencial
	Registros e instauración de Ateneo de mortalidad	Hay registros pero no se efectúa ateneo de mortalidad	Se insiste sobre la importancia de conocer la causa de muerte y de analizar las condiciones clínicas que la rodearon. Se implementa un registro estipulado.	Actualmente existe una profesional que releva todos los fallecimientos y efectuar un análisis de los mismos. Elabora un informe para la dirección del hospital.

- referencia y contrarreferencia de pacientes
- optimización del traslado neonatal interno y externo

4. Docencia

- docencia en terreno sistemática y asistemática
- rotaciones programadas de médicos y enfermeras por el Hospital Garrahan

2. Resultados obtenidos en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced, San Miguel de Tucumán

El 29 de Octubre del año 2003, luego de haber sido nombrado gobernador, el Dr. Alperovich estableció como prioritario en la agenda política la salud materno infantil. En el discurso de la asunción de mando se puede leer... "No voy a esconder los números de la pobreza. Voy a ponerlos sobre la mesa. La tasa de mortalidad infantil es de 25 por cada mil nacidos vivos, lo que nos coloca como la penúltima provincia a nivel nacional... La tasa de mortalidad materna es de casi 6 por diez mil. De los 30.000 nacimientos que se produjeron en el 2002, 4.900 fueron de madres adolescentes... Pero eso no es todo: la mortalidad infantil aumenta año tras año, lo mismo que la mortalidad materna. A este ritmo, y si no hacemos todo lo necesario para ponerle freno, el próximo año morirán 921 niños menores de un año, 173 muertes más que en el 2002. Sin embargo las defunciones neonatales podrían disminuirse en un 50% con un adecuado control del embarazo, en un 8,5% con una adecuada atención del parto y en un 5% con una buena atención al recién nacido. En otras palabras, si en 2001 hubiéramos aplicado esos controles, habríamos salvado 130 vidas" (www.tucuman.gov.ar).

La decisión política de disminuir la mortalidad neonatal contribuyó a que la aplicación del PCT fuera exitoso como quedará demostrado en los párrafos siguientes. Una vez efectuado el diagnóstico de situación en una primera visita en Junio 2004 se inició un plan de capacitaciones de 5 días de duración con periodicidad mensual. En esas capacitaciones se analizaban distintos aspectos y luego se efectuaban sugerencias al respecto. Es de destacar que al finalizar la asistencia técnica los capacitadores eran recibidos por la dirección del hospital donde se procedía a repasar el informe elaborado y luego se entregaba una copia en el ministerio. La mayoría de las veces los capacitadores eran recibidos por alguno de los secretarios de salud con el que se repasaba la citación actual y los aspectos pendientes.

El gobierno tucumano financió rotaciones de 15 días por el área de terapia intensiva neonatal de dos enfermeras y un médico. Las mismas se hicieron efectivas desde septiembre 2004. Se insistió en que rotaran al principio la coordinadora médica de la terapia y las supervisoras de enfermería.

La tabla 1 muestra el análisis de los indicadores de gestión. Los mismos se presentan analizando la situación antes del inicio del programa, la estrategia implementada y los resultados obtenidos a junio 2007.

Se consideraron la disminución de la mortalidad global, mortalidad por peso, la tasa de muertes evitables y la disminución de la tasa de infección hospitalaria.

Los indicadores de mortalidad se reportaron hasta el año que se encuentren publicados. Como podemos observar la mortalidad neonatal del servicio en cuestión disminuyó progresivamente desde la iniciación del programa (tabla 2).

La evolución de la mortalidad (en números totales) de los recién nacidos de la maternidad distribuidos según peso de nacimiento se puede observar en el gráfico 1. La mortalidad por peso de nacimiento disminuyó en casi todos los rangos. Fallecieron 100 RN menos entre un año y otro.

Con respecto a la disminución de muertes evitables no existe aún un reporte propio de la Maternidad. Sin embargo, a partir del año 2005 en varios de los informes efectuados por los profesionales del Hospital Garrahan se señala el número de fallecidos de cada mes y cuales de esas muertes hubieran podido ser evitables.

En la tabla 3 se presentan del total de muertes ocurridas en la Maternidad de las Mercedes cuantas, luego del análisis de la historia clínica efectuado por los capacitadores, fueron clasificadas como evitables (gráfico 2).

Se advierte en los datos la presencia de una disminución de las muertes reducibles. Es importante mencionar que el censo de internación de la Maternidad continúa igual. Por ahora no existe un informe elaborado por los

Tabla 2
Mortalidad Global

Año 2004	Año 2005	Año 2006
35 ‰	27,9 ‰	23,9 ‰

Fuente: Crisis económica y su impacto sobre la mortalidad precoz, en niños de bajo peso en Tucumán. Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes. Majul M.; Chahla R; Graiff O.; Aulet V Congreso Argentino de Perinatología, Octubre 2007

Gráfico 1
Comparación de mortalidad infantil (2004 vs. 2005)

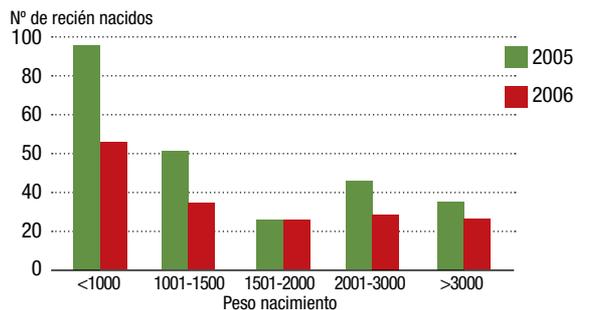
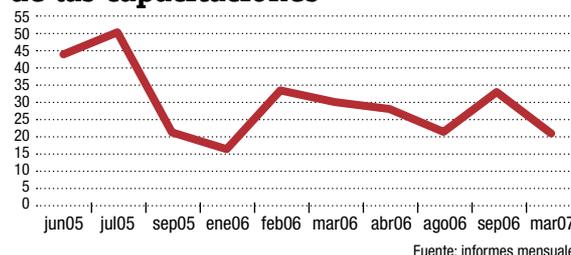


Tabla 3
Cantidad de muertes evitables (2005 a 2007)

Mes y año	Total de fallecidos	Muertes evitables	% de reducibilidad
Junio 05	18	8	44
Julio 05	18	9	50
Septiembre 05	14	3	21
Enero 06	12	2	16
Febrero 06	18	6	33
Marzo 06	10	3	30
Abril 06	7	2	28
Agosto 06	14	3	21
Septiembre 06	20	7	33
Marzo 07	13	4	21

Fuente: informe de cada asistencia técnica

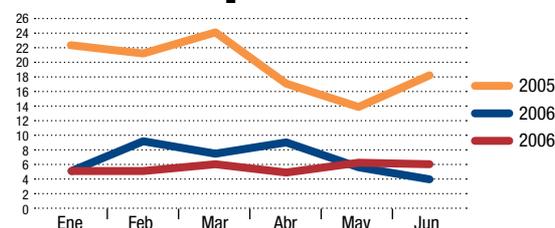
Gráfico 2
Muertes evitables desde el inicio de las capacitaciones



integrantes de la maternidad al respecto. La infección hospitalaria es, en los servicios de neonatología, una de las principales causas de morbi-mortalidad. La implementación y el cumplimiento de las normas en control de infecciones fue uno de las estrategias con más alto impacto en la disminución de la mortalidad. En el gráfico 3 se observa la comparación de los primeros semestres del 2005, 2006 y 2007. Actualmente existen pocos niños cuya muerte sea atribuida a infección intrahospitalaria.

Se observa una franca disminución de la incidencia de infección hospitalaria. Por otro lado la Dirección de la maternidad presentó recientemente un trabajo en el Congreso Argentino de Perinatología donde se analizaban las infecciones hospitalarias del servicio de neonatología de los años 2005 y 2006. En la tabla 4 son los datos presentados.

Gráfico 3
RN infectados por mes



Fuente: informes periódicos efectuados por los profesionales encargados del control de la infección hospitalaria

La disminución de la mortalidad de la infección hospitalaria se debe a la mejoría en los estándares de atención (mas recurso humano, equipamiento y mejoría de la gestión) y al cumplimiento de las normas de lavado de manos, manejo de vías y catéteres y sin duda al aumento del número de enfermeras.

Finalmente merece destacarse que el cumplimiento de las normas de monitorización adecuada de los pacientes ha mejorado sustancialmente desde el inicio del programa. Actualmente existe un número adecuado de equipos que permiten que todos los pacientes que lo requieran se encuentren monitoreados. Sin embargo quedan aspectos por resolver como el mantenimiento tecnológico de los equipos, el entrenamiento de los profesionales de enfermería en emplear una adecuada monitorización y la renovación de equipos obsoletos

Tabla 4
Infección hospitalaria

	2005	2006
Egresados totales del servicio de neonatología	2639	2423
Infección hospitalaria	184	136
Fallecidos por infección hospitalaria	43	14
Incidencia (%)	23	10

Fuente: Incidencia en la infección hospitalaria en el Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes. Majul M.; Chahla R; Graiff O.; Aulet V Congreso Argentino de Perinatología, Octubre 2007

Tabla 5
Análisis de los indicadores de gestión de la atención de salud perinatal en el Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca (2004-2007)

INDICADORES DE GESTIÓN				
	Indicador	Situación Sept. 2005	Estrategia Implementada	Situación Junio 2007
RRHH	Cumplimiento de incorporación acordada de enfermería	Déficit de alrededor de 30%. Sin conocimientos pero con ganas de incorporarlos	Se efectuó una evaluación del requerimiento de enfermería de cada sector. Se determinó un número óptimo para los sectores habilitados y se calculó un incremento según la habilitación de mas sectores	Incorporación progresiva, número actual adecuado. Incluso se habilitó un sector nuevo con incorporación de mas enfermeros y se destinó un enfermero a sala de partos
	Encargado de turno de enfermería	No encargado de turno, desorden. Existencia de una profesional con disposición y capacidad para el cargo	Incorporación de la supervisora de enfermería detectada para ejercer el cargo exclusivamente en Neonatología Rotaciones por el hospital Garrahan, jerarquización de la gestión como herramienta para mejorar los resultados.	Supervisión de enfermería con gran poder de liderazgo entre sus pares y gran reconocimiento por los neonatólogos de planta. Presencia de un encargada por turno, gestión ordenada de enfermería
	Cobertura adecuada de horas médicas	Horas médicas adecuadas. Falta de homogeneidad en el conocimiento y las destrezas	Rotaciones por el H. Garrahan y pases de sala docentes en las capacitaciones. Docencia formal e informal. Firme apoyo a incorporar neonatólogos formados en Córdoba	Incorporación de 3 neonatólogos de planta con residencia de neonatología. Mejor distribución de horas médicas y creación de la figura de Coordinador de sector
	Incorporación de personal auxiliar	Insuficiente y no formado	Justificación de función y análisis del déficit	Número adecuado con funciones específicas en todos los turnos
Equipamiento e Insumos	Incorporación de equipamiento e insumos. Alimentación parenteral	Equipamiento insuficiente, insumos escasos y ausencia de material imprescindible. No alimentación parenteral	Listado de elementos a adquirir y chequeo permanente de su incorporación en cada capacitación mensual. Informe sobre beneficios de alimentación parenteral. Equipamiento sala de partos	Adquisición progresiva de equipamiento. Se adquiere alimentación parenteral a un tercero. Actualmente equipamiento adecuado
	Organización de Servicio	Implementación de la ubicación de pacientes según cuidados progresivos	Desorden de distribución de pacientes. Pacientes críticos al lado de estables, sin un orden estipulado	Entrenamiento en el cambio de lugar de pacientes según distribución de enfermería. Apertura de un nuevo sector para pacientes estables
Designación de enfermera en control de infecciones		Falta de formación en control de infecciones. Falta de higiene	Consignas claras para el manejo de los residuos, para la higiene del área, para el lavado de manos, el material antiséptico y el lavado de material	Sectores limpios, adecuado manejo de los residuos. Designación de sector sucio y limpio. Hasta Junio no había enfermera en control de infecciones pero se estaba por designar
cumplimiento de pase de sala		Pase de sala diario con el jefe	Se interviene en el pase con espíritu docente	Se continúa con el pase. La incorporación de neonatólogos jóvenes permitió homogeneizar conductas
Registros e instauración de Ateneo de mortalidad		No existe. No hay registros	Se insiste sobre la importancia de relevar la evolución de los pacientes. Obstetricia completa el Sistema Informático perinatal pero neonatología no completa su parte	Se empezó a completar el SIP. No hay registros de evolución de los pacientes

3. Resultados obtenidos en el Hospital Interzonal San Juan Bautista, San Fernando del Valle de Catamarca

Luego de haber comprobado el éxito de la estrategia de capacitación en terreno desarrollada en la provincia de Tucumán desde Junio 2004, el MSAL propone al Servicio de Neonatología del Hospital J.P. Garrahan implementar el PCT en la provincia de Catamarca.

Las condiciones políticas estaban dadas ya que existieron reuniones previas de la conducción provincial con el equipo de gestión de la Dirección de Maternidad e Infancia del MSAL. En esta ocasión luego de una primera visita evaluatoria se decidió implementar la capacitación en terreno durante 48 hs dos veces por mes. Los aspectos principales a modificar fueron la distribución del espacio físico, la administración de oxigenoterapia y el déficit de recurso humano. En los párrafos siguientes se exponen los resultados.

Luego de cada asistencia técnica se elaboraba un informe y se entregaba una copia en el MSAL y se efectuaba una entrevista con la dirección del hospital. Estas reuniones eran erráticas según la disponibilidad de tiempo de los funcionarios. Al año de desarrollado el programa se efectuó una reunión evaluatoria con las autoridades de la Dirección de Maternidad e Infancia, de la provincia y del hospital.

En la tabla 5 se desarrolla el análisis de los indicadores de gestión. Los mismos se presentan analizando la situación antes del inicio del programa, la estrategia implementada y los resultados obtenidos a Junio 2007.

Lamentablemente debido a la ausencia de registros sólo se cuenta para la evaluación de la mortalidad los reportes quincenales efectuados por los capacitadores. A modo de ejemplo sólo después de 1 año de implementado el Programa se incorporó la historia clínica individual para cada paciente con un número identificatorio. Pese a reiterados intentos de iniciar una base de datos las condiciones no estaban dadas ya que existían para la conducción otras prioridades.

Dado que el número de partos se mantuvo constante lo mismo que el porcentaje de recién nacidos ingresados a la unidad provenientes del consultorio externo o de otra maternidad emplearemos en número de fallecidos por mes como un indicador que, a pesar de no ser preciso, es el único disponible.

En el gráfico 4 se comparan los óbitos de los primeros 9 meses de los años 2006 y 2007.

El gráfico 5 muestra la distribución de los óbitos según peso de nacimiento. Nuevamente se reitera que los datos son números totales ya que no es posible efectuar una tasa debido a la ausencia de datos confiables ya que no hay aún una base de datos completa.

No fue posible evaluar en este caso la tasa de muertes evitables. Sin embargo,

como podemos observar existe un número importante de óbitos en recién nacidos prematuros grandes (> 2000 g= o de término. Es probable que varias de estas muertes sean evitables.

Este aspecto ha mejorado sustancialmente desde el inicio del Programa. Actualmente existe un número adecuado de equipos que permiten que todos los pacientes que lo requieran se encuentren monitoreados. Aún persiste cierto hábito de sub-monitorear a algunos RN. Esto irá mejorando en la medida que todos los profesionales de enfermería efectúen sus rotaciones por el hospital Garrahan

4. Resultados en el Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero

Desde marzo del año 2006 que desarrolla el PCT en el Servicio de Neonatología del Hospital Carrillo de Santiago del Estero. En esta ocasión los capacitadores del hospital J.P. Garrahan acordaron con el Ministerio de Salud de Santiago del Estero efectuar las capacitaciones, luego de una etapa diagnóstica, con una periodicidad de 48 hs dos veces al mes. Los aspectos relevantes del diagnóstico de situación fueron los problemas del espacio físico y el déficit de horas médicas y de enfermería. Las asistencias técnicas resultaron dificultosas ya que el trato habitual era con los médicos de guardia ya que la planta por sus contratos se retira a las 10 de la mañana, lo mismo ocurre con el Jefe de servicio. Los informes se entregaban a la dirección y al jefe de servicio. En ocasiones se efectuaron reuniones con todos los actores, el gobierno, la dirección del hospital, el MSAL, los obstetras y los neonatólogos. En la tabla 6 se analizan los indicadores de gestión y su modificación luego de 15 meses del inicio del programa.

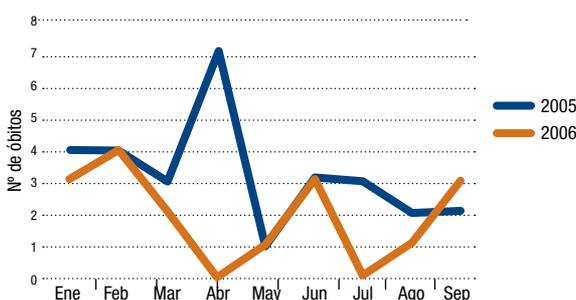
Los indicadores de mortalidad neonatal del servicio de neonatología no podrán ser analizados en forma precisa. Pese a que existen registros los mismos se encuentran cargados de tal forma que es dificultoso analizar a mortalidad por peso. La base de datos se encuentra diseñada sin un criterio claro por lo que es difícil conocer el denominador, es decir la población total sobre la cual se efectuó el análisis.

Las tasas de mortalidad infantil y neonatal de la provincia de Santiago del Estero han aumentado si se compara el año 2005 con el año 2006. En la tabla 7 se señalan los datos de la provincia de mortalidad infantil y neonatal.

Como se mencionó en los párrafos anteriores, ha sido dificultoso analizar la base de datos de tal forma de tener un número concreto de ingresos a la terapia según peso de nacimiento en los 15 primeros meses del programa. Se ha detectado una diferencia importante con el año 2005 en lo que se refiere a ingresos a la terapia de RN con un peso menor de 1000 gr.

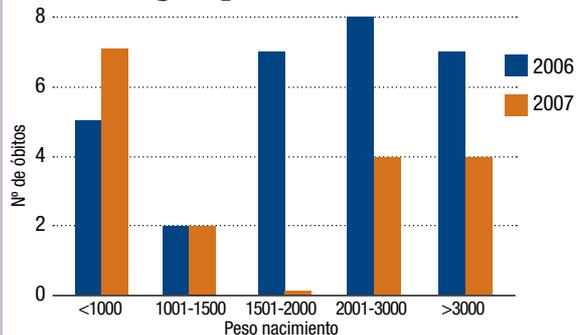
En el gráfico 6 se analiza la contribución a la mortalidad según el peso de nacimiento de los niños ingresados a la terapia en el año 2006.

Gráfico 4
Comparación de mortalidad infantil (2006 vs. 2007)



Fuente: informes efectuados en las asistencias técnicas

Gráfico 5
Óbitos según peso de nacimiento



Fuente: informes efectuados en las asistencias técnicas

De estos datos surge que la mayor mortalidad abarca a los RN con un peso de nacimiento menor a 1500gr. La contribución a la mortalidad global de los menores de 1500 gr es importante. Esto podría atribuirse a dos causas principales: la primera es que existe un alto ingreso de pacientes prematuros debido a que este hospital constituye el servicio de mayor complejidad, público y privado, de toda la provincia. Por otro lado dado las capacitaciones efectuadas hasta ahora y los aspectos pendientes en lo que se refiere a

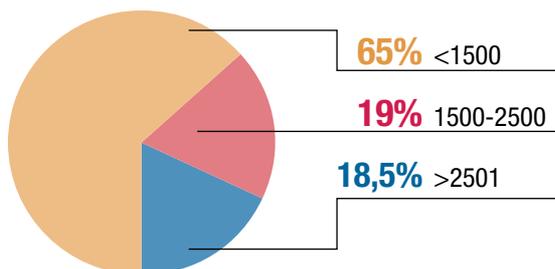
recurso humano y a control de la infección hospitalaria suponemos que esta cifra es superior a lo aceptado.

En cuanto a la **disminución de la infección hospitalaria**, no se ha modificado desde el comienzo del programa. Existe una alta mortalidad atribuida a la infección hospitalaria

Finalmente merece destacarse que se ha podido observar una mejoría en el monitoreo de lo pacientes. A diferencia de otros servicios, esta unidad no carecía de monitores multiparamétricos de última generación, sin embargo no eran empleados por los enfermeros ni exigidos por los médicos.

Actualmente 100% de los RN de la terapia intensiva presenta algún grado de monitorización. La misma podría mejorar, sin embargo esto depende directamente de la capacitación del personal y de las horas de atención de médicos y enfermeras, situación que sólo mejoró parcialmente.

Gráfico 6
Mortalidad y peso al nacer



Fuente: informes efectuados en las asistencias técnicas

Tabla 7
Mortalidad Infantil y Neonatal

	2005	2006
Tasa mortalidad infantil	11.7	13.8
Tasa mortalidad neonatal	7.1	8

Fuente: Ministerio de Salud Santiago del Estero 2005-2006

Tabla 6
Análisis de los indicadores de gestión de la atención de salud perinatal en el Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero (2006-2007)

INDICADORES DE GESTIÓN				
	Indicador	Situación Marzo 2006	Estrategia Implementada	Situación Junio 2007
RRHH	Cumplimiento de incorporación acordada de enfermería	Déficit de alrededor de 37%. Sin clara motivación. Exceso de trabajo, asisten todos los partos	Se efectuó una evaluación del requerimiento de enfermería de cada sector. Se determinó un número óptimo para los sectores habilitados y se calculó un incremento según la habilitación de mas sectores	Incorporación de enfermeros irregular. Aún no se alcanzó el número acordado. Contratos de locación poco atractivos y exceso de trabajo. El plantel existente no se encuentra estimulado a incorporar conocimientos
	Encargado de turno de enfermería	No encargado de turno, desorden.	Rotaciones por el hospital Garrahan, jerarquización de la gestión como herramienta para mejorar los resultados. Estimulo para que la supervisión de enfermería asuma su rol	Pese a la reiteración de objetivos y metas sólo se lograron algunos turnos con encargada de turno. El grupo de enfermeros y el de médicos no hallan un rumbo compartido. Quedan sectores aún sin cubrir
	Cobertura adecuada de horas médicas	Horas médicas gravemente deficitarias. Falta de homogeneidad en el conocimiento y las destrezas	Reiteración de la necesidad de incorporar mas profesionales y aumentar las horas de los actuales. Se insiste en las rotaciones por el hospital Garrahan que son aprovechadas en forma desigual	No se logró el objetivo estipulado. Sólo se aumento en forma insuficiente la carga horaria de un grupo de médicos. No alcanza para desempeñar adecuadamente la tarea asistencial
	Incorporación de personal auxiliar	Insuficiente y no formado	Justificación de función y análisis del déficit	Sólo se incorporaron 2 personas. Se acepta que enfermeros calificados ocupen esas funciones según solicitud
Equipamiento e Insumos	Incorporación de equipamiento e insumos. Alimentación parenteral	Equipamiento insuficiente, insumos escasos y ausencia de material imprescindible. No alimentación parenteral	Listado de elementos a adquirir y chequeo permanente de su incorporación en cada capacitación mensual. Informe sobre beneficios de alimentación parenteral. Equipamiento sala de partos	Adquisición de un exceso equipamiento. No se ha logrado la adquisición de alimentación parenteral. Insumos adecuados pero con provisión irregular. Se mejoró parcialmente el equipamiento en sala de partos.
Organización de Servicio	Implementación de la ubicación de pacientes según cuidados progresivos	Desorden de distribución de pacientes. Pacientes críticos al lado de estables, sin un orden estipulado	Entrenamiento en el cambio de lugar de pacientes según distribución de enfermería. Apertura de un nuevo sector para pacientes estables	Pacientes internados según cuidados progresivos. Aislamiento de los RN con infección respiratoria, mayor comunicación entre los sectores.
	Designación de enfermera en control de infecciones	Existencia de este rol con enfermera capacitada y asesorada por infectóloga idónea	Consignas claras para el manejo de los residuos, para la higiene del área, para el lavado de manos, el material antiséptico y el lavado de material	Aunque mejoró la higiene los lineamientos de la enfermera en control de infección no son tenidos en cuenta
	cumplimiento de pase de sala	No se efectúa debido a la presión asistencial	Se efectúa el pase en las capacitaciones con espíritu docente	No se a logrado instaurar el pase de sala como costumbre. La presión asistencial y el escaso número de horas médicas hacen imposible su desarrollo
	Registros e instauración de Ateneo de mortalidad	Existen registros efectuados por una secretaria limitados en aporte de datos. No se analizan los óbitos	Se insiste en el llenado del sistema informático perinatal	No hubo modificaciones al respecto

5. Resultados en el Hospital de la Madre y el Niño, Formosa

El desarrollo del Programa en el Servicio de neonatología del Hospital de la Madre y el Niño de Formosa fue gestado dentro de un marco político diferente de los programas anteriores. En esta ocasión la propuesta de la asistencia técnica provino de una organización no gubernamental como es la Fundación del Hospital J.P. Garrahan. El servicio fue en su primera etapa un fiel reflejo de la situación de la provincia que es la de mayor mortalidad infantil de la Argentina (con probable subregistro en la población indígena). Existe una gran presión asistencial, escasez de recursos materiales y de equipamiento.

Luego de casi un año con algunas mejoras en equipamiento pero sin cambios en aspectos importantes como recursos humanos e insumos, la Dirección de Maternidad e Infancia del MSAL inicia una gestión para fortalecer la atención materno infantil en esta provincia con el apoyo de la Fundación J.P. Garrahan.

Con respecto a las rotaciones las mismas tardaron en desarrollarse. Gracias al financiamiento de la Fundación J.P. Garrahan la única médica full time del servicio efectuó una pasantía de 4 meses por el hospital que culminó en Septiembre 2007. En la Tabla 8 se describen los problemas y las estrategias empleadas para su solución

Los indicadores de mortalidad neonatal del servicio de neonatología se describirán según el relevamiento manual efectuado por la Jefa del Servicio. Se presentarán los datos del año 2006. No se ha podido establecer la mortalidad

por peso debido a que sólo se contó con el número de pacientes ingresados a la terapia, sin discriminación por peso. Hasta ahora no impresiona que hayan disminuido ni la mortalidad ni la tasa de infección intrahospitalaria. En el gráfico 7 se presenta la mortalidad global del año 2006 según los precarios datos obtenidos.

De igual forma que el caso de Santiago del Estero sólo podemos informar la contribución a la mortalidad según el peso de nacimiento. La contribución a la mortalidad global de los menores de 1500 gr es considerable y coincide con los datos de todo el país (gráfico 8).

Con respecto a las infecciones hospitalarias hemos observado que este aspecto no sólo no se ha modificado sino que actualmente

Gráfico 7
Mortalidad global

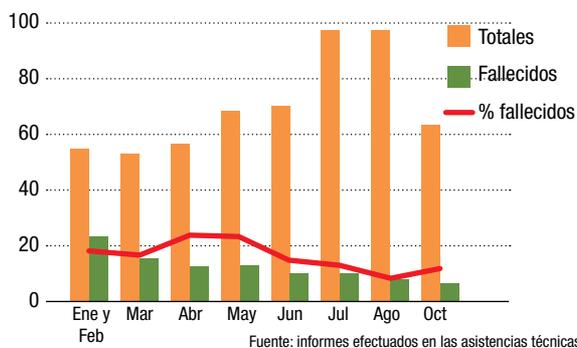


Tabla 8

Análisis de los indicadores de gestión de la atención de salud perinatal en el Hospital de la Madre y el Niño, Formosa (2006-2007)

INDICADORES DE GESTIÓN				
	Indicador	Situación Marzo 2006	Estrategia Implementada	Situación Junio 2007
RRHH	Cumplimiento de incorporación acordada de enfermería	Déficit de 60%. Buena disposición al trabajo y a incorporar conocimientos	Evaluación del requerimiento de enfermería de cada sector. Se capacitó en destrezas y otros aspectos de la atención neonatal (balance, registros etc)	No se incorporaron los enfermeros solicitados. El personal incorporó conocimientos. Los RN impresionan mejor atendidos
	Encargado de turno de enfermería	No encargado de turno, desorden.	Dos informes mensuales insistiendo en la necesidad de mayor número de profesionales, entrevistas con la dirección del hospital y el nivel central	Debido a la falta de personal es imposible separar a un profesional de la tarea asistencial. Aún quedan sectores aún sin cubrir
	Cobertura adecuada de horas médicas	Horas médicas gravemente deficitarias. Falta de homogeneidad en el conocimiento y las destrezas	Reiteración de la necesidad de incorporar más profesionales. Se insiste en las rotaciones por el hospital Garrahan. Jerarquización de la coordinadora de terapia como conductora del cambio	Incorporación de 4 profesionales lo que disminuyó la carga asistencial.
	Incorporación de personal auxiliar	Insuficiente y no formado	Justificación de función y análisis del déficit	Se incorporaron 2 personas. Servicio limpio y ordenado
Equipamiento e Insumos	Incorporación de equipamiento e insumos.	Equipamiento insuficiente, insumos escasos y ausencia de material imprescindible. No alimentación parenteral	Listado de elementos a adquirir y chequeo permanente de su incorporación en cada capacitación mensual. Informe sobre beneficios de alimentación parenteral. Equipamiento sala de partos	Ingreso de equipamiento por donación Fundación Garrahan y adquisición con fondos propios. No se ha logrado la adquisición de alimentación parenteral. Insumos inadecuados y con provisión irregular. La farmacia del hospital a cargo de un administrativo
	Alimentación parenteral			
Organización de Servicio	Implementación de la ubicación de pacientes según cuidados progresivos	No se aíslan los pacientes con enfermedades virales, hacinamiento	Entrenamiento en el cambio de lugar de pacientes según distribución de enfermería. Designación de sector para enfermedades virales	Pacientes internados según cuidados progresivos. Aislamiento de los RN con infección respiratoria.
	Designación de enfermera en control de infecciones	No existe este rol. Gran incidencia de infección hospitalaria	Consignas claras para el manejo de los residuos, para la higiene del área, para el lavado de manos, el material antiséptico y el lavado de material	Higiene mejorada. No se logró esta designación. Continua la morbi- mortalidad por infección hospitalaria
	cumplimiento de pase de sala	Se efectúa como pase de guardia para los médicos que ingresan a la guardia	Se efectúa el pase en las capacitaciones con espíritu docente	Continua su desarrollo
	Registros e instauración de Ateneo de mortalidad	Historia clínica y registros de enfermería inaceptables. Los datos del servicio los releva la jefa de servicio en un cuaderno	Se insiste en el llenado del sistema informático perinatal y en la adquisición de una PC para el área	No hubo modificaciones al respecto

es uno de los aspectos más importante a disminuir junto con la incorporación de enfermeros.

Finalmente, con respecto a las **normas de monitorización adecuada de los pacientes merece destacarse que en los primeros 18 meses del programa** se han adquirido varios equipos por lo que este aspecto ha mejorado. Los enfermeros han sido muy receptivos a la hora de incorporar el monitoreo en los pacientes graves. Aún existe un importante déficit de equipamiento por lo que el monitoreo es deficitario.

6. Conclusiones

Al comenzar este trabajo se plantearon, explícita e implícitamente, una serie de supuestos que orientaron el trabajo de campo en las maternidades y la sistematización de la información que se obtuvo así como los resultados alcanzados:

La capacitación en terreno resulta una herramienta eficaz con resultados cuantitativos y cualitativos mensurables que impactan positivamente en la calidad de atención y en los resultados de los servicios sanitarios en lo que se aplica.

Los resultados de las capacitaciones desarrolladas en las principales maternidades de las provincias de Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero y Formosa han mostrado resultados positivos en la mejoría de la calidad de atención a través de cambios cuantitativos (incorporación de recursos humanos, insumos y equipamiento) y cualitativos (cambios en la actitud en la tarea cotidiana, incorporación de nuevos hábitos de trabajo, cambios en los planteamientos frente a los pacientes).

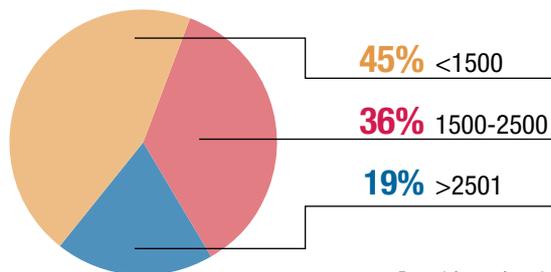
La implementación de estrategias de mejora depende de los valores y subjetividades que operan en los posibles agentes de cambio

Los resultados obtenidos fueron claramente diferentes en cada una de las maternidades. La actitud y el compromiso para el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los profesionales, tanto neonatólogos como enfermeros, se relacionó con los valores preexistentes. Los cambios sugeridos fueron rápidamente incorporados en aquellos profesionales que no cumplían adecuadamente con su labor por falta de medios y no por falta de compromiso con la tarea asignada.

Los factores coyunturales y la voluntad política generan condiciones de posibilidad para el desarrollo eficaz del programa.

La voluntad política demostró ser uno de los condicionantes principales para el logro de los objetivos propuestos. En las provincias que manifestaron mas claramente que la mejora de la calidad de atención era un objetivo político (Tucumán y Catamarca) los cambios fueron ostensibles y más rápidamente desarrollados e implementados.

Gráfico 6 Contribución a la mortalidad global para cada franja de peso de nacimiento



Fuente: informes efectuados en las asistencias técnicas

La eficacia del PCT ha sido demostrada según los resultados obtenidos en las primeras cuatro provincias en las que se aplicó.

Dos de las cuatro provincias disminuyeron la mortalidad en los servicios y en los dos restantes se lograron mejoras sustanciales o en la plata física o en la incorporación de conocimientos que condujeron a cambios de conductas. Como se ha mencionado una de las claves del Programa es la característica de los capacitadores y la receptividad de cada los integrantes de cada uno de los servicios. Los valores subjetivos de los profesionales de cada maternidad conforman la base del terreno donde podrán afianzarse los cambios. Como pudo observarse en algunas de las provincias de no existir una coincidencia de valores entre los capacitadores y los integrantes del servicio a asesorar el proyecto tiende a extenderse sin lograr resultados.

Una ventaja no menos importante de la capacitación en terreno es que la transmisión de conocimientos no sólo abarca propuestas tangibles como el control de la infección hospitalaria sino aspectos intangibles como la actitud frente a un recién nacido grave o la conducta frente a una decisión ética o un tratamiento fútil.

Por último a lo largo del tiempo existe un acercamiento entre los profesionales que efectúan las asistencias técnicas y los integrantes del servicio. Esta relación de confianza permite poder analizar con mayor profundidad, desprovista de todo juicio de valor, los problemas detectados e intercambiar impresiones sobre las estrategias a implementar para solucionarlos. Esta construcción conjunta entre el grupo capacitador y el servicio asesorado es la instancia a la que se debería tender para lograr una mayor efectividad del programa. Por lo tanto concluimos que a la luz de los resultados presentados la estrategia de desarrollar "Programas de Capacitación en Terreno" se evidencia como efectiva y promisorio, y podría ser implementada en otras provincias con otros equipos capacitadores empleando los mismos indicadores para su evaluación .

Bibliografía

- Situación de Salud en Argentina, 2003. Documento elaborado por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Organización Mundial de la Salud y Organización panamericana de la salud. www.ops.org.ar
- Norma de organización y funcionamiento de los servicios de neonatología y cuidados intensivos neonatales resolución ministerial: 306. EXPEDIENTE: 2002-3327/02-9. www.msal.gov.ar
- Bases del Plan Federal de Salud. 2004 – 2007. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud Pública de la nación, Consejo federal de Salud. Mayo 2004. Marco conceptual para elaborar propuestas de acciones de disminución de la mortalidad infantil. Programa de Estadísticas de Salud. Ministerio de salud y Acción Social. Serie 8, número 18. Noviembre 1998; pp 24-30
- Colombo E., Larguía M., Prudent L., Lomuto C., "Guía de evaluación de servicios de Neonatología", Ediciones Fundación Neonatológica para el recién nacido y su Familia, Buenos Aires, año1999.
- Bossio J, Arias J. Mortalidad Infantil en la Argentina. Arch. Argent. Pediatr. 2001 99(6) 547-556
- de Sarasqueta P. Mortalidad neonatal y postneonatal en recién nacidos de peso menor a 2500g en la República Argentina (1990-1997) Arch.argent.pediatr. 2001;99 (1), 59-61
- Gonzalez R, Meriáldi M, Lincetto O et al. Reduction in Neonatal Mortality in Chile Between 1990 and 2000. Pediatrics 2006; 117, e949-e954
- Majul M.1; Chahla R.2; Graiff O.3; Aulet S.4; Lopez Mañan J.5; Elias A. Infecciones intrahospitalarias, incidencia en la mortalidad neonatal en el instituto de maternidad y ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes. 2005-2006. Presentado al V Congreso Argentino de Perinatología
- Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud; Centro de Documentación e información, programa de desarrollo de políticas de salud (HSP) , Diciembre 1991, OMS
- Dirección de Estadística e Información de Salud. MSAL www.deis.gov.ar
- Varo Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria 1993. Editorial Diaz de Santo
- Chiavenato Idalberto. Administración de Recursos Humanos. McGraw-Hill, 2005