

La capacitación en terreno como estrategia para la mejora de la calidad de la atención de la salud

In-service training to improve quality of health care

Dra. Diana Fariña^a, Dra. Susana Rodríguez^b, Lic. Norma Erpen^a y Miembros del Subprograma de Referencia y Contrarreferencia^{a*}

RESUMEN

En la Argentina, la mortalidad neonatal contribuye con el 60% de la mortalidad infantil; por ello, implementar estrategias que mejoren la calidad de atención del cuidado neonatal es prioritario. Tradicionalmente, la capacitación de los profesionales de la salud se efectúa a través de reuniones científicas con poca amplitud de intercambio; la capacitación en terreno incorpora la identificación y la resolución de problemas en forma integrada a la tarea habitual del profesional. **Objetivos.** Describir el programa de capacitación en terreno, identificar sus fortalezas como estrategia para la mejora de la calidad de la atención y evaluar su impacto en cuatro servicios de neonatología públicos argentinos.

Método. Estudio de investigación en servicios de salud de intervención no controlado, tipo antes-después.

Intervención. Programa de capacitación en terreno, estrategia multidimensional mediante visitas periódicas con participación conjunta de neonatólogo y enfermera/o. Fases del programa: 1) diagnóstico situacional y confección del plan de acción según prioridades, 2) implementación, 3) consolidación y evaluación mediante indicadores.

Resultados. Los procesos con mayor impacto fueron los relacionados al equipamiento y RRHH, también se observó una mejora en la gestión integral relacionada con aspectos involucrados en la organización y coordinación de la atención. La disminución de las defunciones evitables fue variable entre los centros.

Conclusiones. La capacitación en terreno es una herramienta eficaz con resultados cuantitativos y cualitativos mensurables que repercuten positivamente sobre la calidad de la atención. Como ocurre en la implementación de estrategias que implican la modificación de estructuras consolidadas en el tiempo, los factores coyunturales y la voluntad política fueron determinantes para el éxito del programa.

Palabras clave: mortalidad neonatal, calidad en servicios de salud, capacitación en terreno.

SUMMARY

Argentine's neonatal mortality rate represents 60% of infant mortality; implementation of strategies that improve quality of neonatal care is a priority. Traditionally, the training of health professionals is accomplished through scientific meetings with little capacity for exchange; in-service training incorporates the identification and resolution of problems joining the daily patient care.

Objective. To describe the in-service training program (ISTP), to identify its strengths as strategies for quality of care improvement and to evaluate its impact in four different Argentine maternity services.

Method. Design: health services research intervention study, not controlled, before and after evaluation.

Intervention. This program is a multidimensional strategy consisting in regular visits by a neonatologist and a nurse to health professionals in their own settings. Program stages: 1) service assessment and design of the action plan according to the priorities, 2) implementation, 3) consolidation and analysis through indicators.

Results. Greatest impact was found over equipment and human resources improvement; we also observed an improvement in management related aspects like organization and coordination of care. The reduction of preventable deaths varied between centers.

Conclusions. The in-service training program is an effective tool with measurable quantitative and qualitative results with positive impact on the quality of care. Conjunctural factors and political will were determinant on the program's success, as it is commonly seen in the implementation of strategies that involve changing established structures.

Key words: neonatal mortality, in-service training, health care quality assessment.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.9>

- a. Área de Terapia Intensiva Neonatal.
b. Dirección Asociada de Docencia e Investigación.
Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia:
Dra Diana Fariña:
dianaf@fibertel.com.ar

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 20-11-2011
Aceptado: 16-12-2011

* Miembros del Subprograma de Referencia y Contrarreferencia

Dra. Patricia Bellani, Dra. Claudia Cannizzaro, Dr. Gustavo Goldsmit, Dra. Susana López Tornow, Dra. María Teresa Mazzucchelli, Dr. Jorge Morales, Dra. Cecilia Rabasa, Dr. Daniel Wright, Lic Elisa Barreiro, Lic. Fabiana Cenzano, Lic. Nancy Giorgiutti, Lic. Claudia Kovacevic, Lic. Mario Leguiza, Lic. Elisa Lizarraga, Lic. Sonia Rodas, Lic. Delia Vargas González, Enf. Daniel Bugallo, Enf. Marcela Cecenarro y Enf. Elvira Nardachone.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil se considera un indicador fiel del desarrollo social de una nación y su disminución constituye una de las metas más importantes no solo del Ministerio de Salud de la Nación Argentina sino también de la Organización Mundial de la Salud.¹

Dentro de los componentes de la mortalidad infantil se encuentra la mortalidad neonatal. En nuestro país, aproximadamente el 60% de los óbitos en esta etapa son considerados evitables con medidas como control adecuado del embarazo y parto, y atención del recién nacido (RN) oportuna y eficiente.^{2,3}

En la Argentina, en esta última década, la neonatología ha presentado importantes cambios en lo que se refiere a desarrollo tecnológico; sin embargo, en algunos centros, este crecimiento técnico no se ha vinculado con una mejoría en el estándar de atención, debido a que no fue acompañado de un crecimiento en otros aspectos con relevancia igual o más importante que el tecnológico, como son:

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

El Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Garrahan recibe RN críticamente enfermos de todo el país.⁴ Su experiencia en la organización de servicio, en la distribución de responsabilidades y en las destrezas requeridas para el cuidado del recién nacido enfermo lo convierte en un lugar de referencia para aquellos profesionales de la salud vinculados a la neonatología que quieran perfeccionar sus conocimientos.

Desde el año 2004, en el Hospital Garrahan se ha desarrollado el Programa de Referencia y Contrarreferencia (PRyC) con el objetivo de favorecer la atención coordinada de patologías de alta complejidad; en él participan centros asistenciales de todo el territorio del país.^{5,6} Dentro de este marco,

el Área de Terapia Intensiva Neonatal ha desarrollado un Programa de Capacitación en Terreno (PCT) cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de atención en los servicios de Neonatología con el fin de lograr, a través de la optimización de los diferentes procesos, disminuir la mortalidad y la morbilidad de los RN.

La capacitación en terreno constituye una modalidad de capacitación en servicio en la que el "experto" participa, y su experiencia y conocimiento son readecuados al nuevo escenario en la que ésta se realiza. Este tipo de estrategia de capacitación "cara a cara" permite elaborar un diagnóstico de situación y proponer estrategias para solucionar los problemas detectados, intercambiando información directamente en el ámbito de desempeño de los principales actores.⁷⁻⁹

Los objetivos de este estudio son: describir el programa de capacitación en terreno; identificar sus fortalezas como estrategia para la transferencia de herramientas que mejoren la calidad de atención y evaluar impacto en cuatro servicios de neonatología del sector público.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño: estudio de investigación en servicios de salud de intervención no controlado, tipo antes-después, con la finalidad de evaluar la eficacia de un programa de capacitación y asistencia en terreno multidimensional, realizado mediante asistencias técnicas periódicas, en cuatro servicios de Neonatología argentinos entre los años 2004 y 2009.

Los servicios de Neonatología donde se desarrolló el programa representan la mayor complejidad para la atención neonatal en el ámbito público que posee cada provincia.

Descripción del Programa de Capacitación en Terreno

El PCT se inicia con la firma de un convenio entre el hospital y el organismo de gobierno correspondiente, en general, el Ministerio de Salud Provincial y/o el Ministerio de Salud de la Nación, luego de que la institución y/o las autoridades provinciales o nacionales solicitan la asistencia al Hospital Garrahan. Dichos convenios constituían acuerdos-marco de colaboración, y las características y modos de la intervención eran definidos luego del diagnóstico inicial en forma consensuada.

Constituye una premisa imprescindible para el desarrollo adecuado del programa la participación desde el inicio de un médico neonatólogo y un/a enfermero/a en forma conjunta.

TABLA 1. Implementación del Programa de Capacitación en Terreno.

Área	Dimensiones	Componentes
Recursos Humanos	Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad de conducción: presencia e idoneidad • Gestión y planificación • Cantidad adecuada según carga de trabajo • Distribución de turnos de trabajo; reemplazo de horas caídas • Formación del personal y estrategias de capacitación • Desempeño de actividades no correspondientes a enfermería • Disponibilidad de enfermera en control de infecciones
	Neonatólogos	<ul style="list-style-type: none"> • Horas médicas suficientes o insuficientes • Capacitación y acreditación de los profesionales • Distribución de la tarea • Cumplimiento de responsabilidades • Continuidad en la atención • Jefatura: responsabilidad, compromiso, liderazgo
	Especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de: oftalmólogo, infectólogo, ecografista, cirujano, cardiólogo, genetista, neurólogo
	Personal de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliares de servicio: mensajería, reposición de material, etc. • Mucamas: cantidad, cobertura y capacitación para la tarea
Equipamiento e insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidos: elementos para la administración de gases (aire comprimido, O₂ y aspiración) Funcionamiento y distribución adecuada. Presencia de mezcladores. Empleo apropiado de reductores y medidores de flujo. Oxígeno de transporte • Monitorización adecuada: monitores multiparamétricos, oxímetros de pulso • ARM: respiradores y CPAP en número adecuado al censo diario de pacientes • Equipamiento e insumos para una administración adecuada de fluidos endovenosos: catéteres de corta y larga permanencia, bombas de infusión a goteo y a jeringa, balanzas • Mobiliario acorde a la complejidad de los RN y confort de padres y equipo de salud: cunas, repisas, estantes, sillas altas, sillas para padres, heladeras, microondas, etc. • Equipamiento e insumos para el correcto desempeño del lactario • Insumos acorde al número y a la complejidad de RN de esa institución • Insumos para el control de la infección hospitalaria 	
Organización, gestión y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Planta física adecuada que responda a normas de diseño de UCIN • Organización en sectores de cuidados progresivos • Administración apropiada de fluidos • Control de infección hospitalaria • Implementación sistemática de pases de sala y análisis de mortalidad • Organización del lactario de leche humana y artificial • Sala de recepción: organización y atención del RN según recomendaciones • Gestión de los servicios de apoyo: compras, esterilización, imágenes, servicio social • Implementación del cuidado centrado en la familia • Registros: historia clínica, registros de enfermería adecuados y oficina de estadística • Laboratorio químico y bacteriológico: empleo de micrométodos y eficiencia de resultados • Programa de pesquisa neonatal (<i>screening</i>) • Roles y funciones del personal del equipo de salud • Optimización del traslado neonatal interno y externo • Consultorio de seguimiento de RN de alto riesgo 	
Capacitación y docencia	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución y participación en los pases de sala • Cooperación en el cuidado de los pacientes • Enseñanza de procedimientos médicos y de enfermería • Docencia incidental: revisión de temas y elaboración de consensos de atención • Curso de Reanimación Neonatal a todo el equipo de salud • Implementación de rotaciones de médicos y enfermeros por la UCIN del Hospital Garrahan 	

UCIN: unidad de cuidado intensivo neonatal; ARM: asistencia respiratoria mecánica

Desarrollo del Programa

- **Primera etapa: elaboración del diagnóstico de situación:** confección, luego de una o dos visitas, de una primera lista de problemas en la unidad y de un plan de acción con establecimiento de prioridades. Los requerimientos de personal, de equipamiento y de insumos se determinan según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación.¹⁰ En la primera visita se elabora un informe escrito que se emplea como eje conductor para las siguientes capacitaciones.

- **Segunda etapa: implementación del Programa:** visitas periódicas de un neonatólogo y un/a enfermero/a que se incorporan a la actividad cotidiana. La duración de cada visita técnica es de 2-5 días con una frecuencia de 1-2 veces por mes según las características de cada unidad. A medida que el Programa se desarrolla se evalúa la incorporación de otros profesionales necesarios para la resolución de diferentes aspectos (cirujanos, farmacéuticos, nutricionistas, kinesiólogos o infectólogos). Desde un punto de vista operativo, el PCT se divide en cuatro dimensiones: recurso humano, equipamiento e insumos, organización del servicio y necesidad de capacitación y docencia. La *Tabla 1* describe los componentes relativos a cada dimensión.

Cabe resaltar que este Programa no se sustenta en el dictado de clases formales, ellas son un complemento que se adecua a las necesidades detectadas en la unidad asesorada y constituyen una oportunidad para generar consenso.

En la *Tabla 2* se enumeran recomendaciones para

el desarrollo del PCT basadas en la experiencia desarrollada.

Durante la planificación de las actividades y en vista de los múltiples aspectos a modificar que comprometen la calidad de atención resulta necesario establecer aspectos prioritarios de intervención.

Estos fueron acordados por los capacitadores en base al potencial impacto sobre la morbilidad de los RN y su factibilidad de aplicación:

1. Optimizar la disponibilidad y capacitación del recurso humano: médicos, enfermeros, personal de apoyo y especialistas.
2. Adecuar las estrategias de administración de oxígeno en vistas de la alta incidencia de retinopatía del prematuro en la Argentina.
3. Desarrollar o implementar el Programa de Control de infecciones con énfasis en la higiene del servicio, el lavado de manos y el correcto cuidado de las vías de infusión.
4. Distribuir a los RN internados según Cuidados Progresivos (agrupación de pacientes según carga de trabajo de enfermería).

- **Tercera etapa: evaluación del Programa:** El Programa se evalúa por medio de indicadores formulados a partir de datos factibles de recabar, de los informes efectuados en cada oportunidad. La elaboración de los indicadores se formuló a partir de cada una de las dimensiones enumeradas previamente. Se consideró como "resuelto" aquel componente que se modificó según la propuesta inicial, "parcialmente resuelto" cuando se observaron modificaciones en relación al diagnóstico basal, pero no alcanzaron dichas recomendaciones

TABLA 2. Recomendaciones para la implementación del Programa

-
- Informe escrito de cada visita: efectuado por los capacitadores; refleja la situación actual del servicio y la incorporación o no de las propuestas sobre mejora de la calidad de la atención. Es empleado como eje conductor de las actividades y propuestas, las cuales han sido previamente comunicadas con los profesionales a cargo de la conducción. Cada informe es entregado a las autoridades pertinentes a nivel local y central.
 - Análisis de las historias clínicas de los RN fallecidos y la calificación en muertes parcialmente reducibles o no reducibles según los criterios de cada capacitador.
 - Las sugerencias son efectuadas con respeto y sin transmitir juicios de valor.
 - Se respetan los tiempos requeridos por cada unidad para vencer conductas establecidas durante años.
 - Los integrantes del equipo de salud del servicio a asesorar no deben percibir las capacitaciones como auditorías, sino como una oportunidad para mejorar la calidad de atención de los RN y el funcionamiento del servicio.
 - Las sugerencias de los miembros del servicio asesorado deberán ser consideradas para la elaboración de las propuestas.
 - Programar evaluaciones periódicas entre los capacitadores para analizar el desarrollo del PCT.
-

y “no resuelto” cuando no hubo cambios.

En cada visita se elaboraba un informe sobre los pacientes fallecidos en la unidad y se los clasificaba de acuerdo a criterios de reducibilidad.

A los fines de mantener la confidencialidad de los servicios en los que se desarrolló el PCT, se los identifica con las letras A, B, C y D.

El financiamiento de este Programa se efectuó a través de fondos nacionales y provinciales.

RESULTADOS

Las principales características de cada maternidad y la duración de las asistencias técnicas se presentan en la *Tabla 3*. En la *Tabla 4* se describe el diagnóstico de situación al inicio del Programa de capacitación en terreno. A pesar de las diferentes realidades locales existían problemas comunes a los cuatro servicios de Neonatología; los más relevantes fueron: déficit de horas de atención de enfermería; falta de personal entrenado en mantener la higiene del servicio en todos los turnos; carencia de estrategias para el control de la infección intrahospitalaria; pacientes no agrupados según niveles de complejidad; administración de oxígeno inadecuada; registros incompletos o ausentes, tanto médicos como de enfermería

En el año 2009 se analizaron las modificaciones obtenidas en relación a los objetivos de cambio para cada una de las dimensiones y se calificaron en aspectos resueltos, parcialmente resueltos o sin modificaciones. En la *Tabla 5* se resumen los resultados luego de la aplicación del PCT.

En el *Gráfico 1* se presenta el análisis del número de defunciones parcialmente reducibles, definidas como aquellas que, a criterio del capacitador, podrían haber sido evitadas mediante un diagnóstico

y/o tratamiento adecuados; este relevamiento se confeccionaba en cada visita a partir de los registros y/o discusiones con el equipo de salud de los RN fallecidos en el mes previo. Como podemos observar existe una tendencia decreciente en los cuatro servicios, si bien se observa una marcada variabilidad.

DISCUSIÓN

La morbilidad y la mortalidad neonatal dependen de múltiples factores vinculados no solo a la etapa neonatal, sino también al curso del embarazo y al parto. En este estudio hemos abordado los aspectos vinculados al cuidado de los niños en los Servicios de Neonatología.

Los profesionales directamente involucrados en la atención neonatal son, sin duda, los enfermeros y los neonatólogos. Pero, no solo las horas de atención deben ser las adecuadas, sino también la capacitación de estos actores debe ser suficiente y continua para atender a los RN en forma segura y eficaz. Existe amplia evidencia que demuestra que el déficit en horas de atención de enfermería aumenta la morbimortalidad de los pacientes.¹¹⁻¹³ Por otro lado, el equipamiento y los insumos necesarios para una correcta atención de los RN debe estar en el momento en que se los necesita, lo cual implica una provisión constante que asegure la disponibilidad oportuna. La organización del cuidado con una adecuada distribución de tareas, con sectores individualizados según niveles de atención y acorde a la complejidad de los RN, también son factores organizativos necesarios para obtener mejores resultados. Todos estos componentes mencionados, RRHH, insumos, equipos y organización de servicio, coinciden en un denominador común: una adecuada gestión. El PCT, en ciertas ocasiones, solo reafirmó o justificó so-

TABLA 3. Características principales de cada maternidad al inicio del Programa de Capacitación en Terreno

	D	A	C	B
Extensión PCT	2004 - 2009	2005 - actualidad	2006 - 2008	2005 - actualidad
Nivel de complejidad	III	III	III	III
Cantidad de partos anuales	12 000	2400	5500	3500
RN < 1500 g (%)	2,4	S/D	2	S/D
Derivados (%)*	10	25	40	37
Cirugía general y neurocirugía	Sí	Sí	Sí	Sí
Mortalidad al inicio del Programa**	35,5‰	S/D	16,4‰	S/D
Mortalidad infantil de la provincia [#]	20,5‰	14,9‰	12,1‰	22,9‰

* Tasa de RN derivados desde otros centros.

** En cada maternidad asesorada.

[#] Mortalidad infantil en la Argentina según los años: 2004: 14,4‰; 2005: 13,3‰ y 2006: 12,9‰ S/D: sin datos disponibles.

TABLA 4. Análisis de la situación de cada maternidad al inicio del PCT

	Aspectos	D	A	C	B
RRHH	Neonatólogos N° y formación	Déficit de horas médicas. Neonatólogos formados con residencia de neonatología y rotantes de pediatría	Horas médicas adecuadas. Neonatólogos con formación irregular. Sin residencia y con rotantes de pediatría	Déficit grave de horas médicas. Formación irregular Sin residencia y con escasos rotantes de pediatría	Déficit grave de horas médicas. Formación irregular y con rotantes de pediatría
	Enfermería N° y formación	Déficit grave. Formación variable. Efectúan tareas no inherentes a la formación	Déficit moderado. Formación variable. Efectúan tareas no inherentes a la formación	Déficit moderado. Formación variable. Asisten a todos los partos. Efectúan tareas no inherentes a la formación	Déficit grave. Formación variable. Efectúan tareas no inherentes a la formación
	Mucamas	Déficit	Déficit	Déficit	Déficit
	Especialistas	Adecuados y estables	Escasos	Concurrencia desigual	Escasos
EQUIPAMIENTO	Monitoreo del RN	Deficitario	Deficitario	Deficitario	Deficitario
	Canalización umbilical	Con sondas nasogástricas	Con sondas nasogástricas	Con sondas nasogástricas	Con sondas nasogástricas
	Insumos	Déficit	Déficit	Déficit	Déficit
	Medidores de flujo de aire comprimido*	NO	NO	NO	NO
PLANTA FÍSICA	Hacinamiento	Importante	NO	Importante	SÍ
	Pileta lavado de manos al ingreso	SÍ	NO	NO	SÍ
	Lactario	Completo	NO	NO	Contratación externa
	Aire acondicionado y calefacción	No funciona	Ventiladores	No funciona, hay estufa a gas	Adecuado
	Computadora en el servicio	SÍ	NO	NO	NO
GESTIÓN	HC por paciente	SÍ	NO	NO	NO
	Administración de oxígeno	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada
	Programa control IH	NO	NO	NO	NO
	Organización en cuidados progresivos#	NO	NO	NO	SÍ

HC: historia clínica. IH: infección intrahospitalaria.

Déficit grave: < 50% de las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud.

Déficit moderado: entre 50-70% de lo recomendado.

* Medidores de flujo de aire comprimido: permiten efectuar una mezcla adecuada de aire y oxígeno.

Agrupamiento de pacientes según nivel de complejidad.

licitudes o reclamos realizados previamente por los responsables. Sin embargo, en otras, detectó situaciones que, incorporadas como normales o aceptables, requerían correcciones y propuso estrategias de cambio.

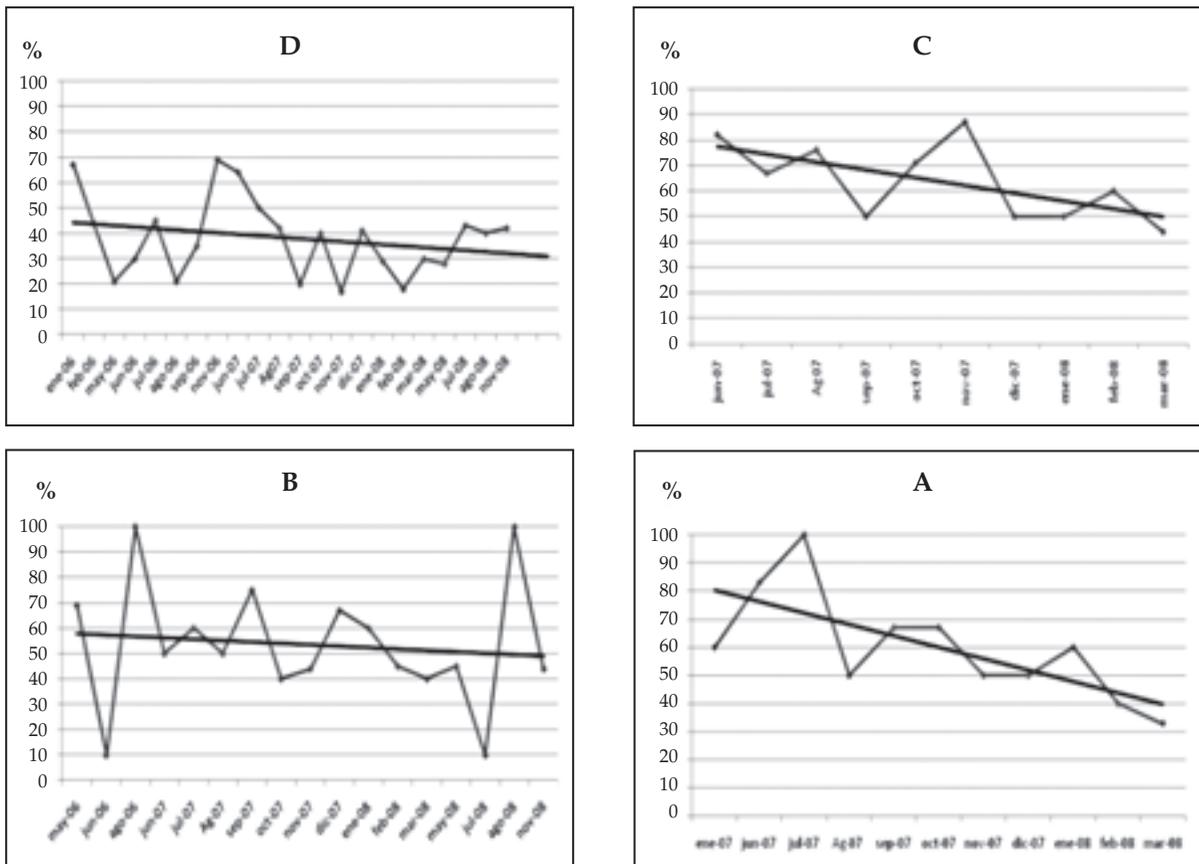
El PCT tiene como objetivo intervenir, asesorar, justificar o reformular todos los aspectos arriba mencionados, pero su modalidad particular es que lo hace trabajando junto a los actores principales (médicos y enfermeros), se inserta en la tarea cotidiana y analiza los procesos desde los resultados, es decir, detectando las fallas y recorriendo el proceso hacia atrás hasta llegar al último responsable del problema.

En la bibliografía se han comunicado distintas experiencias de capacitación en terreno. O'Brien y cols., por medio de un metaanálisis evalúan el

impacto de las visitas educativas a distancia. Estos autores seleccionaron ensayos aleatorios que informaron una medida objetiva de resultados. Se incluyeron 69 estudios con más de 15 000 profesionales de la salud. La conclusión de los autores fue que las visitas educativas a distancia pueden ser eficaces para mejorar la práctica de los profesionales. La mayoría de los estudios incluidos corresponde a modificación de prácticas de prescripción (antibióticos, corticoides) o a incorporación de guías de atención a través de intervenciones de corta duración.⁷

En el Reino Unido se implementa, desde hace varios años, un sistema de capacitación para el cuidado en terreno (*outreach care*) destinado principalmente a evaluar al paciente adulto en condiciones críticas, mejorar el momento de la

GRÁFICO 1. Muertes parcialmente reducibles: las curvas y las líneas de tendencia muestran la evolución del porcentaje de muertes parcialmente reducibles durante el programa. En el eje horizontal se señala el período de tiempo (diferente en cada centro)



Muertes parcialmente reducibles: aquellas en las que algún proceso diagnóstico o terapéutico podrían haber modificado la evolución.

derivación y la contrarreferencia una vez que su condición es estable.¹⁴ Este sistema se basa en la capacitación de enfermeros que se trasladan a hospitales periféricos para entrenar a los responsables de estos pacientes. Bright y cols.¹⁵ efectúan una revisión de estas estrategias y señalan que los objetivos educativos del equipo son tres: identificar a los pacientes en situación crítica y actuar antes de requerir terapia intensiva, entrenar al personal del hospital de segundo nivel para que reciban a los egresados de la unidad de cuidado

crítico y compartir los conocimientos y las destrezas en el cuidado de los adultos graves; la Sociedad de Terapia Intensiva del Reino Unido ha desarrollado guías al respecto.¹⁶

En el campo de la Neonatología, la capacitación en terreno ha surgido como consecuencia de la regionalización y como una oferta de servicios que los centros académicos brindan a sus hospitales asociados.^{17,18} Diferentes publicaciones han analizado el impacto del entrenamiento en reanimación cardiopulmonar neonatal.^{9,19} Los autores

TABLA 5. Resultados de la aplicación del Programa

Aspectos		D	A	C	B
Duración del Programa		2004-2009	2005 y continúa	2006-2008	2006 y continúa
RRHH	Neonatólogos Nº y formación	RESUELTO	RESUELTO	NO RESUELTO	PARCIALMENTE RESUELTO
	Enfermería Nº y formación	RESUELTO	RESUELTO	NO RESUELTO	NO RESUELTO
	Mucamas	RESUELTO	PARCIALMENTE RESUELTO	NO RESUELTO	PARCIALMENTE RESUELTO
	Especialistas	Adecuados y estables	Presencia de cardiólogo y neurólogo	Concurrencia desigual	Cardiólogo, ecografista
EQUIPAMIENTO	Monitoreo del RN	ADECUADO	ADECUADO	Deficitario	ADECUADO
	Canalización umbilical	ADECUADO	ADECUADO	Con sondas nasogástricas	ADECUADO
	Insumos	RESUELTO	RESUELTO	NO RESUELTO	RESUELTO
	Medidores de flujo de aire comprimido*	RESUELTO			
PLANTA FÍSICA	Hacinamiento	Importante	NO	PARCIALMENTE RESUELTO	PARCIALMENTE RESUELTO
	Pileta lavado de manos al ingreso	RESUELTO			
	Lactario	Completo	SÍ	SÍ	PARCIALMENTE RESUELTO
	Aire acondicionado y calefacción	RESUELTO			
	Computadora en el servicio	RESUELTO			
GESTIÓN	HC por paciente	RESUELTO			
	Administración de oxígeno	RESUELTO			
	Programa control IH	RESUELTO	RESUELTO	NO	PARCIALMENTE RESUELTO
	Organización en cuidados progresivos#	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

HC: historia clínica. IH: infección intrahospitalaria.

concluyen que, aunque limitada, existiría cierta evidencia a favor de que los cursos desarrollados en terreno repercutirían sobre el cuidado del RN gravemente enfermo y que serían necesarios estudios más rigurosos que evalúen el impacto a largo plazo de estas intervenciones.

Nuestro Programa de Capacitación en Terreno tiene algunos puntos en común con la denominada "auditoría y retroalimentación" (*audit and feedback*), ya que en cierta forma evalúa el desempeño y propone cambios en él. Jamtvedt y cols.²⁰ señalan que estas intervenciones son moderadamente eficaces cuando se trata de cambiar conductas médicas y que las variaciones observadas en la eficacia de la auditoría y retroalimentación se relacionan directamente con la motivación de los profesionales.

Las intervenciones complejas²¹ se describen como intervenciones que contienen varios componentes que interactúan entre sí en forma independiente o interdependiente. Las claves de su implementación implican definir y comprender los problemas en su contexto, desarrollar las intervenciones según prioridades y promover las evaluaciones en forma simultánea.

Nuestro estudio no fue inicialmente diseñado como un estudio de investigación y, por lo tanto, presenta debilidades vinculadas con la heterogeneidad de la intervención y con la falta de datos previos en los servicios. Por otro lado, tampoco incluye análisis de los costos de implementación, los cuales fueron asumidos por los diferentes organismos gubernamentales.

La implementación de este PCT ha permitido optimizar 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).

Los resultados obtenidos y la capacidad de incorporación de procesos que optimizaran la calidad de atención fueron diferentes en cada uno de los servicios de Neonatología y se relacionaron con el contexto, el cual incluye los valores, tradiciones, liderazgos y cultura de cada organización.

En este marco, la voluntad política demostró ser uno de los condicionantes principales para el logro de los objetivos propuestos.

Una ventaja no menos importante de la capacitación en terreno es que la transmisión de conocimientos no solo abarca propuestas tangibles, como el control de la infección hospitalaria, sino aspectos intangibles como la actitud frente a un

RN grave o la conducta frente a una decisión ética o un tratamiento inútil.

Los valores subjetivos de los profesionales de cada maternidad conforman la base donde se sustentan los cambios. Cuando estos valores, centrados en el compromiso y la responsabilidad del cuidado del niño y su familia, permiten la identificación de un objetivo común, se establece una relación de confianza entre los profesionales que efectúan las asistencias técnicas y los integrantes del servicio. Esta relación de confianza es clave para 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 eficacia del programa.

Concluimos que, según la experiencia realizada y los resultados obtenidos, la estrategia de implementar "Programas de Capacitación en Terreno" resulta factible, eficaz y promisoria. El informe y difusión de estas estrategias debería estimular y fortalecer la posibilidad de su replicación y utilización como herramienta de mejora de la calidad de atención en salud. En el contexto de un país que muestra resultados en salud heterogéneos, los PCT podrían asegurar la transferencia de conocimientos, experiencias y actitudes entre los equipos de salud, lo cual favorecería el mutuo crecimiento. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations Millennium Declaration. [Acceso 23 de julio de 2010]. Disponible en www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm.
2. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. Estadísticas Vitales. Información básica-Año 2009. [Acceso 10 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/series5Nro53.pdf>.
3. Kurlat I. Dime cómo murieron y te diré dónde nacieron. *Arch Argent Pediatr* 2003;101(4):242-4.
4. Rabasa C, Bossi L, Santos P, Rodríguez S, Fariña D. Accesibilidad a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de alta complejidad en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(4):325-30.
5. Carniglia L, González J, Pérez Lozada E, Selvatici L, et al. Programa de comunicación a distancia. Elaboración de indicadores cuali-cuantitativos para su evaluación. *Med Infant* 2010;17(3):276-81.
6. Carniglia L, D'Onofrio S, Pérez Lozada E, Hammermüller E, et al. Comunicarse a distancia. Reflexiones sobre una práctica en salud. *Med Infant* 2010;17(3):302-8.
7. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD000409.

8. Baker-McCleary D, Carmel S. Impact of critical care outreach services on the delivery and organization of hospital care. *J Health Serv Res Policy* 2008;13(3):152-7.
9. Opiyo N, English M. In-service training for health professionals to improve care of the seriously ill newborn or child in low and middle-income countries (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010;14(4):CD007071.
10. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Atención Médica. Resolución 306/2002. La Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales. [Acceso: 19 de diciembre de 2011]. Disponible en: www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/306_2002.pdf.
11. Grandi C, González A, Meritano J. Grupo colaborativo Neocosur. Riesgo de morbilidad neonatal de recién nacidos < 1500 g asociado al volumen de pacientes, personal médico y de enfermería: una investigación multicéntrica latinoamericana. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(6):499-510.
12. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002;346(22):1715-22.
13. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Socholski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288(16):1987-93.
14. Baker-McCleary D, Carmel S. Impact of critical care outreach services on the delivery and organization of hospital care. *J Health Serv Res Policy* 2008;13(3):152-7.
15. Bright D, Walker W, Bion J. Clinical review: Outreach- A strategy for improving the care of the acutely ill hospitalized patient. *Crit Care* 2004;8(1):33-40.
16. Stenhouse C, Cunningham M. Guidelines for the introduction of outreach services standards and guidelines. Intensive care society standards, 2002. [Acceso: 19 de diciembre de 2011]. Disponible en: www.ics.ac.uk/intensive_care_professional/standards_and_guidelines/guidelines_for_the_introduction_of_outreach_2003.
17. Hein H. Perinatal outreach education. The role of academic medical centers. *J Pediatr* 2002;141(2):151-2.
18. Stark AR, American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Levels of neonatal care. *Pediatrics* 2004;114(5):1341-7.
19. Barros F, Bhutta Z, Batra M, Hansen T, et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10(Suppl 1):S3.
20. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database System Rev* 2006;19(2):CD000259.
21. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321(7262):694-6.