

PABELLÓN DOCENTE EN HOSPITALES COMUNITARIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS MATERNIDADES CERCANAS A LA FAMILIA

Carolina Elena Leyton Pavez¹, Iván Renato Paul Espinoza², Sergio Antonio Opazo Santander³, Mariam Inés Bustos Sepúlveda⁴, Joan Carles Gil Martín⁵.

Autora correspondencia: Carolina Elena Leyton Pavez

Correo electrónico: cleyton@ubiobio.cl

1. Doctoranda en Dirección y Administración de Empresas, Máster en Gestión de Instituciones de Salud, Ingeniero Comercial. Grupo Investigación Gestión en Salud. Académica del Departamento de Gestión Empresarial, Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad del Bío-Bío. Chile.
2. Máster en Ginecología y Obstetricia, Máster en Gerencia y Políticas Públicas, Médico Ginecólogo. Director de la Dirección Servicio de Salud Ñuble. Chillán, Chile.
3. Médico Internista. Director del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción. Servicio Salud Concepción. Concepción, Chile.
4. Matrona. Jefa del Departamento de Red Asistencial de la Dirección Servicio de Salud Ñuble. Chillán, Chile.
5. Doctor en Administración y Dirección de Empresas. Académico del Departamento de Organización de Empresas. Universidad Politécnica de Catalunya. Barcelona, España.

Recepción: 05/12/2017 Aceptación: 09/04/2018



RESUMEN

Introducción

Dada la necesidad de mejorar los conocimientos y habilidades técnicas en ginecología y obstetricia de los equipos de salud de los Hospitales Comunitarios de Salud Familiar (HCSF) en el servicio de salud chileno, se ejecutó un programa de formación para brindar una atención de calidad y segura al recién nacido, a la madre y a su familia.

Objetivo

Desarrollar un programa de formación denominado «Pabellón Docente», para mejorar los conocimientos y habilidades técnicas de los equipos médicos en el ámbito de la ginecología y la obstetricia, la ecografía y la anestesia de todos los HCSF, y contribuir con ello al fortalecimiento de las maternidades cercanas a la familia y la comunidad.

Método

El programa consistió en el desarrollo de las siguientes actividades de formación: Pasantía, Estudio de Caso, Práctica de Ecográfica, Práctica Quirúrgica y Práctica de Anestesia de forma itinerante en los cinco HCSF de la región.

Resultados

La implementación del programa permitió capacitar al 100% de los equipos médicos del área de ginecología y obstetricia de los HCSF a contar desde el año 2008, mejorando los conocimientos y habilidades técnicas, disminuyendo las derivaciones obstétricas, y logrando un mejor funcionamiento de la red asistencial.

Conclusiones

La experiencia exitosa se presenta para el resto de los servicios de salud que deseen fortalecer sus maternidades a través de la implementación de pabellones docentes que permiten prestar una atención de mayor calidad y segura a los usuarios de las redes asistenciales de salud pública.

Palabras clave: maternidades; medicina familiar y comunitaria; servicios de atención al paciente.

ABSTRACT

Introduction

Given the necessity to improve the knowledge and technical skills in gynecology and obstetrics of the health teams of the Family Health Community Hospitals (FHCH) in the Chilean Health Service, a training program was implemented to provide quality and safe care to the newborn, the mother and her family,

Objectives

To develop a training program called Teaching Pavilion, to improve the knowledge and technical skills of medical teams in the field of gynecology and obstetrics, ultrasound and anesthesia of all FHCH, and thereby contribute to the strengthening of those maternity units that are close to the family and the community.

Methods

The program consisted in the development of the following training activities: Internship, Case Study, Ultrasound Practice, Surgical Practice and Anesthesia Practice in an itinerant way in the five FHCH of the region.

Results

The implementation of the program allowed for the training in gynecology and obstetrics of 100% of the FHCH medical teams in 2008, improving knowledge and technical skills by decreasing obstetric referrals and developing a better care network.

Conclusions

The successful experience we present in this article may be useful to other health services that wish to strengthen their maternities through the implementation of teaching pavilions that provide a higher quality and safe care to the users of public health care networks.

Keywords: Maternity; Family Practice; Health Services (Source: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva—CLAP/SMR de la Organización Panamericana de la Salud—OPS (2008), las muertes maternas y neonatales constituyen la expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, constituyendo un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe—ALC. Actualmente existen estrategias de intervenciones apropiadas y eficaces, con una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, reduciendo la mortalidad y morbilidad y contribuyendo a una mejor salud, calidad de vida y equidad.

Debido a la relevancia de este tema, el Ministerio de Salud Chileno ha desarrollado el Programa Nacional de Maternidades Cercanas y el presente artículo expone una experiencia práctica desarrollada en los HCSF de la Red Asistencial de la Región de Ñuble a través de un programa de formación denominado «Pabellón Docente».

El programa se inició el año 2008 con una coapreciación situacional, problematización e identificación de brechas en todos los HCSF de la región, puesto que en dichos establecimientos ya no se realizaban partos y cesarías debido a que el equipo médico consideraba que no contaba con la formación ni la experiencia necesaria para enfrentar una cesarías de urgencia. En consecuencia, todas las mujeres en trabajo de parto estaban siendo derivadas a los hospitales de mayor complejidad de la región —todos ellos lejos de su ciudad y de su familia—, disminuyendo significativamente los nacimientos en dichas comunas. Es por ello que la formación de los equipos médicos a través del «Pabellón Docente» permitió el mejoramiento de las competencias técnicas en ginecología y obstetricia, además de ecografía y anestesia, logrando con ello fortalecer las maternidades de la región.

Antecedentes generales

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo—OIT (2009), en América Latina y el Caribe, entre los años 1990 y 2008, la participación laboral femenina aumentó del 32% al 53%, con más de 100 millones de mujeres insertas en el mercado laboral de la región. Es así como el masivo ingreso de las mujeres a la fuerza de trabajo ha tenido efectos importantes en la generación de riqueza de los países, el bienestar de los hogares y la disminución de la pobreza. De hecho, la feminización de los mercados laborales ha coincidido con una radical transformación de la organización del trabajo y la producción.

Es por ello que la OIT tiene en el centro de sus preocupaciones el velar para que el trabajo de la mujer no genere a la madre y a su hijo riesgos para la salud y que la función reproductiva de la mujer no comprometa su seguridad en materia económica y de empleo.

En esta línea, de acuerdo con los «Derechos Laborales de Maternidad y Paternidad» del Programa Chile Crece Contigo del Gobierno de Chile (2012), existen derechos irrenunciables que la ley entrega a todas las mujeres trabajadoras por el hecho de estar embarazadas, extendiendo también este derecho a los padres en determinados casos en beneficio del desarrollo neonatal y pediátrico de los niños (Prata y Ledo, 2011). Porque brindar un entorno sano y protegido es esencial para que la madre se sienta bien y para que el recién nacido crezca y se desarrolle óptimamente. Al igual que es importante que en el hogar exista un espacio acogedor y tranquilo para descansar según lo establece a través de la publicación la «Importancia del cuidado de la salud durante la gestación» el Programa Chile Crece Contigo del Gobierno de Chile (2012).

La OMS (1985), en relación al parto y el nacimiento, recomienda que toda mujer tenga derecho a una atención prenatal adecuada y a un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. Sin embargo, pese a que el nacimiento es un proceso normal y natural, incluso los «embarazos de bajo riesgo» pueden sufrir complicaciones, o la madre puede sufrir trastornos mentales (Krauss y Abelha, 2011). Por ello, a veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Sin embargo, para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Bajo este marco, en Chile se ha creado un sistema funcional para la formación y perfeccionamiento de los profesionales de la salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud, orientado por las necesidades de desarrollo de su red de establecimientos, que les permita contar con el nivel de competencias necesarias para el cumplimiento de su misión en el marco de la actual reforma de salud (Valdivieso, 2000), la cual ha instalado e integrado una serie de políticas:

- El Programa Chile Crece Contigo, que en su componente salud busca que se promueva el desarrollo integral desde el control prenatal hasta el último control del niño sano (2012).
- La Estrategia del Hospital Amigo y el Sistema de Garantía Explícitas en Salud—GES busca favorecer el vínculo y la relación de las personas hospitalizadas con sus seres queridos, con todos los beneficios terapéuticos que ello implica, al igual que la integración de los familiares a los cuidados y asistencia del usuario hospitalizado, que también implica asegurar las garantías incorporadas en el GES para la atención del parto (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2007).
- Programa de Maternidad Cercana de acuerdo a la OMS (1991) propone fortalecer la Atención Obstétrica para mejorar la capacidad del equipo de salud encargado de la atención del embarazo y el parto en los HCSF. Es por ello que, para fortalecer el programa, es imprescindible desarrollar habilidades en los equipos de salud para que frente a situaciones de emergencia sean capaces de tomar decisiones clínicas adecuadas de forma conjunta.
- Específicamente, en la atención del parto, se requiere no solo de profesionales competentes, sino también del desarrollo de prácticas de atención menos invasivas, así como manejar el dolor para brindar una atención de calidad y estar alerta a las situaciones de riesgo para derivar oportunamente al hospital base según la red asistencial, donde el equipo básico esté conformado por matrona, médico y técnico paramédico, quienes realizarán vigilancia del trabajo de parto, nacimiento y puerperio.
- Los HCSF nacieron bajo el alero de una realidad epidemiológica basada en una alta mortalidad materno-infantil y presencia de enfermedades infecto-contagiosas. En este contexto, han tenido un rol fundamental en el progreso de la salud de las personas donde es destacable su aporte a la atención materna (parto) y atención del lactante, respondiendo adecuadamente en zonas de alta ruralidad. Actualmente, se ha producido una transición epidemiológica y demográfica en la población, lo cual requiere que los establecimientos aborden nuevos problemas de salud y cuenten entre sus actividades con la provisión de cuidados básicos con énfasis en las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. Además es importante su vinculación a la red asistencial de salud pública

como un establecimiento de baja complejidad biotecnológica a través del desarrollo de la modalidad de: atención cerrada, atención abierta y atención de urgencia.

Para ello, la Dirección del Servicio de Salud chileno ha direccionado la gestión de los HCSF con la finalidad de proporcionar atención de salud de acuerdo con las necesidades de la comunidad e insertar este nivel de atención en la red asistencial de salud pública con el propósito de asegurar a las personas el acceso oportuno y de calidad a los cuidados de salud que requieren (Leyton, Huerta y Paul, 2015).

Por su parte, la formación se ha desarrollado a través de diferentes programas, metodologías, enfoques y resultados para contribuir dinámicamente al fortalecimiento de las competencias de los equipos de salud de las redes asistenciales (Cuestas, 2011).

En definitiva, ha sido necesario implementar estrategias en terreno (Farina, Rodríguez y Erpen, 2012) para asegurar una atención integral del embarazo y el parto con los consiguientes beneficios que reporta tanto para la madre como para el recién nacido. Es por ello que la dirección del servicio de salud conformó un equipo multidisciplinario para que se hiciera cargo directamente de este tema y realizase mejoras en los HCSF para dotarlos de condiciones básicas para la implementación del programa «Pabellón Docente».

Por ello, se fijó como objetivo: Desarrollar un programa de formación denominado «Pabellón Docente» para mejorar los conocimientos y habilidades técnicas de los equipos médicos en los ámbitos de ginecología y obstetricia, ecografía y anestesia de todos los Hospitales Comunitarios de Salud Familiar, contribuyendo con ello al fortalecimiento de las maternidades cercanas a la familia y la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODO

La dirección de servicio de salud conformó un equipo multidisciplinario de trabajo para que se hiciera cargo directamente de implementar el programa «Pabellón Docente» en los cinco HCSF de la región.

El programa consistió en el desarrollo de las siguientes actividades de formación: Pasantía, Estudio de Caso, Práctica de Ecográfica, Práctica Quirúrgica y Práctica de Anestesia de forma itinerante en los cinco HCSF de la región.

Sin embargo, para implementar el programa de formación fue necesario desarrollar las siguientes etapas:

Primera etapa: Codiagnóstico, Problematización y Levantamiento de Brechas.

Para el codiagnóstico situacional se realizaron reuniones en todos los HCSF donde participaron comprometidamente representantes del servicio de salud (directivos y asesores), referentes técnicos de la red asistencial (anestesista y ginecólogos obstetras), equipos de salud locales (directores, subdirectores médicos, médicos, matronas, etc.). Asimismo, se definió la situación actual y la situación deseada, identificando con ello los principales problemas que los equipos tenían para enfrentar las situaciones de emergencia gineco-obstétricas.

Se visitaron las instalaciones (pabellones, salas de parto, etc.), se revisó el equipamiento (máquina de anestesia, camillas, etc.) y los implementos (instrumental quirúrgico, ropa de pabellón, etc.), levantando en cada uno un reporte de brechas.

Lo más destacado de esta etapa fueron los requerimientos de formación de todo el equipo de salud, y particularmente médico, en los ámbitos de ginecología y obstetricia, ecografía y anestesia.

Segunda Etapa: Implementación «Pabellón Docente»

Una vez aprobadas y realizadas las mejoras definidas en el codiagnóstico, problematización y levantamiento de brechas, se diseñó y ejecutó un calendario para las actividades de «Pabellón Docente» en los cinco HCSF, entre las cuales cabe destacar pasantías, estudio de casos y prácticas quirúrgicas en terreno, para lo cual se diseñaron y aplicaron pautas de trabajo (seguimiento, registro y evaluación del programa).

RESULTADOS

Resultados del Codiagnóstico, Problematización y Levantamiento de Brechas.

Para establecer la situación inicial en la red asistencial, se destaca que en los cinco HCSF se efectúa el 10% de los partos de la Región de Ñuble, de los cuales el 99.6% fueron atendidos por matronas, donde se brindó atención de acuerdo con su cartera de servicios,

que incluye la atención de parto, visita guiada y acompañamiento hasta el puerperio, entre otros. Sin embargo, durante el último periodo, todas las mujeres en trabajo de parto eran derivadas a los dos hospitales de mayor complejidad de la región, debido a que el equipo de salud manifestaba no contar con experiencia, competencias técnicas ni el equipamiento adecuado para enfrentar una cesárea de urgencia, disminuyendo los nacimientos en algunas de las comunas en un 100% y aumentando los riesgos en el traslado.

En consecuencia, se levantó un catastro con la dotación de capacitación en obstetricia y anestesia en ecografía y anestesia de los actuales médicos en Etapa de Formación y Destinación—EDF (ver Tabla 1), donde expresaron sus preocupaciones centradas en las «escasas oportunidades para adquirir destreza en cesárea y anestesia», tanto en la formación de pregrado como durante sus pasantías en los hospitales de mediana y alta complejidad de la región. En definitiva, los médicos EDF afirmaron que la capacitación y pasantías en obstetricia en la actualidad no cumplían con sus expectativas para resolver efectivamente una cesárea de emergencia en las actuales condiciones de los HCSF.

Tabla 1. Dotación Médica y Brechas de Capacitación EDF en HCSF

HCSF	Bulnes	Yungay	El Carmen	Coelemu	Quirihue
Distancia de capital provincial	23 Km	76 Km	42 Km	105 Km	72 Km
Población beneficiaria	8.500	16.800	12.360	12.500	12.000
Dotación médica	7	6	6	7	7
Capacitados en obstetricia y ecografía	2	5	2	2	6
Brecha en obstetricia y ecografía	5	1	4	5	1
Total capacitados obstetricia y ecografía	100%	100%	100%	100%	100%
Capacitados en anestesia	2	1	1	2	1
Brecha en ecografía y anestesia	5	5	5	6	6
Total capacitados en ecografía y anestesia	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Dentro de los requerimientos de formación, también se planteó la necesidad de formar y/o actualizar conocimientos en ecografía-obstétrica y anestesia, para cesáreas principalmente y sobre todo para asegurar que existiera en cada turno un médico formado en estas áreas.

Resultados Implementación «Pabellón Docente»

El programa «Pabellón Docente» consintió en impartir docencia práctica al 100% de los médicos de los HCSF a contar desde el año 2008, mediante pasantías, el estudio de casos, prácticas de ecografías obstétricas, y en los pabellones durante las intervenciones quirúrgicas de cesáreas y esterilizaciones para reforzar la práctica quirúrgica orientada a la atención gineco-obstétrica y anestesia. Las sesiones de formación se realizaron un día a la semana de forma itinerante en cada uno de los HCSF.

Los médicos de los HCSF, junto al equipo docente —conformado por dos médicos especialistas (gineco-obstetricia y anestesia) y una matrona coordinadora— revisaban los antecedentes de las usuarias de las listas de espera de cada HCSF. A continuación, se realizaba un estudio de caso, solicitando y realizando exámenes de preoperatorio y se seleccionaba a las usuarias que mediante «consentimiento informado» accedieran a ser intervenidas quirúrgicamente en dicho programa. Esto contribuyó a disminuir la lista de espera quirúrgica y las derivaciones a los hospitales de mayor complejidad.

La formación que se impartió fue en respuesta a las necesidades de los equipos de salud participante mediante el proceso de levantamiento de brechas de formación. Para todo ello, existió una estrecha relación entre todas las partes involucradas que garantizase la participación y asegurase que los esfuerzos fueran dirigidos hacia el objetivo común.

Dentro de los objetivos logrados más importantes, cabe destacar el compromiso de los equipos con la formación y con la aplicación de los conocimientos y habilidades, al igual que la capacidad de formación de los profesionales docentes encargados de impartir los conocimientos e identificar las tareas que se debían enseñar.

Plan de Formación

El plan de formación anual consideró la participación de todo el equipo médico del área maternal de los HCSF. Las actividades de formación se desarrollaron mediante sesiones una vez a la semana (martes) de forma itinerante en cada uno de los HCSF.

Por cada una de las actividades, se diseñó y aplicó un instrumento de medición (ver Cuadro 1) que permitió identificar el estado actual de los recursos y el desarrollo de las habilidades durante el Plan de Formación. La identificación de tales recursos y habilidades fue cada vez más imperiosa y su detección requirió de instrumentos fiables y válidos que permitieran interpretar y anticipar el futuro comportamiento del profesional. Estos instrumentos fueron aplicados por los docentes del programa a cada participante durante todas las actividades. De este modo, 100% de los médicos alcanzó el más alto umbral del dominio de los conocimientos y el desarrollo de las habilidades establecido en dichas actividades.

Cuadro 1. Tipos de Evaluación del Programa «Pabellón Docente»

Evaluación Práctica	Evaluación Teórica	Evaluación Percepción
1. Trabajo colaborativo	1. Evaluación clínica del trabajo de parto	1. Práctica — Quirúrgica y anestesia
2. Interés e iniciativa	2. Vigilancia fetal intraparto	2. Coordinación
3. Comunicación	3. Trabajo de parto prematuro	3. Logística
4. Toma de decisiones	4. Rotura de prematura de membrana —corioamnionitis	
5. Calidad y cantidad de trabajo	5. Síndrome hipertensivo del embarazo	
6. Conocimiento y habilidades	6. Metrorragia del tercer trimestre	
7. Compromiso con las/os pacientes y sus familias	7. Diabetes y embarazo	
	8. Embarazo múltiple	
	9. Cardiopatía y embarazo	
	10. Colestasia intrahepática	
	11. Muerte fetal in útero	
	12. Inercia uterina	
	13. Retardo crecimiento fetal	
	14. Fisiología del embarazo	
	15. Anestesia neuroaxial	
	16. Técnicas quirúrgicas gineco-obstétricas	

Fuente: elaboración propia

La certificación del programa contempló la entrega de diferentes modalidades de certificación otorgadas formalmente por la dirección del servicio. Cada jornada tenía una duración de un día (8 horas cronológicas), para lo cual se creó una batería de instrumentos (pauta de evaluación) para cada una de las siguientes actividades: 1. Pasantía; 2. Estudio de caso; 3. Práctica de ecográfica; 4. Práctica quirúrgica y 5. Práctica de anestesia

Los instrumentos de evaluación se acompañaron con el porcentaje de asistencia y el resultado de la aprobación de dichas actividades. Estos certificados posteriormente formaban parte importante de los portafolios de evidencias de formación de los médicos para postular a sus becas de especialidad.

Instalar una estructura de coordinación, con seguimiento y evaluación

Se instaló una estructura que permitió la coordinación, monitoreo y evaluación entre todos los actores relevantes (Cuadro 2). Esta etapa fue necesaria para el mantenimiento, mejoramiento de las acciones y su vinculación con los establecimientos y directivos de la red asistencial de salud.

Cuadro 2. Unidades Involucradas en la Coordinación

Dirección Servicio de Salud	Hospitales	Atención Primaria de Salud
1. Dirección, Subdirecciones	1. Director y Subdirector	1. Establecimientos de Atención Primaria
2. Departamento de Recursos Físicos y Financieros	2. Unidad Maternidad	2. Departamento de Salud Municipal
3. Departamento de Red Asistencial	3. Laboratorio Clínico / Unidad Transfusional	
4. Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas	4. Farmacia	
5. Departamento de Garantía de Calidad y Control de Gestión	5. Esterilización	
6. Unidad de Capacitación	6. Servicios Generales	
	7. Central de Alimentación	
	8. Unidad de Capacitación	

Fuente: elaboración propia

En relación al equipo docente y de coordinación del programa, se contó con un equipo de profesionales docentes de los dos hospitales de mayor complejidad de la región, además de asesores del Departamento de Red Asistencial y del Departamento de Garantía de Calidad y Control de Gestión de la dirección de servicio.

Funciones de los docentes:

1. Asesorar a médicos EDF y médicos generales que se desempeñan en HCSF, principalmente en las áreas relacionadas con la atención gineco-obstétrica y anestésica.
2. Efectuar docencia en el área quirúrgica gineco-obstétrica, ecografía y anestésica básica a médicos EDF y médicos generales en el HCSF.
3. Coordinar la atención médica del área gineco-obstétrica y anestésica entre establecimientos de alta y baja complejidad, en materia de referencia y contrarreferencia en conjunto con el equipo de salud de la dirección del servicio de salud asignado para esta función.

Por otra parte, las funciones de los coordinadores y asesores fueron:

1. Elaboración, recopilación, registro, certificación y almacenamiento de los documentos relacionados con el programa y la docencia.
2. Sistematización, registro de los avances y retroalimentación mediante la entrega de informes periódicos, conforme a la obtención de productos (culminación de etapas, registros, evaluaciones, etc.).

DISCUSIÓN

La región de Ñuble tiene una población de 461.747 habitantes, de los cuales aproximadamente 100.823 son mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años). La Red de establecimientos de salud está conformada por un Hospital Base y cinco HCSF. Chile ha alcanzado importantes logros en salud materno-infantil. Sin embargo, la región de Ñuble presenta cifras superiores a los promedios nacionales. Adicionalmente, el 60% de las causas de mortalidad materna suceden en el periodo cercano al parto y la mitad de las madres que fallecieron en el Hospital Base entre los años 2002-2008 eran de procedencia rural.

La experiencia tiene su fundamento en la implementación de la Reforma de Salud que trae consigo la implementación de un nuevo modelo, el cual sitúa al usuario y su familia como elementos principales de las acciones. En este sentido, se orientan los recursos para la satisfacción de sus necesidades. El programa se enmarca en las políticas de salud del país y se operacionaliza a través del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia.

La implementación de este programa de formación se inicia de acuerdo a las necesidades locales, realizando como primera acción una evaluación situacional que permitió la identificación de los problemas y determinación de brechas. De este modo, se logró desarrollar un programa de formación para aumentar las capacidades en el manejo de la emergencia obstétrica, así como el establecimiento de normas y procedimientos con actualización de protocolos y métodos para la evaluación de la atención.

El desarrollo de esta experiencia permitió contribuir al fortalecimiento de las maternidades cercanas a la familia, y los resultados de la misma han permitido prestar una atención de calidad, segura y fiable durante el parto, puerperio y atención inmediata del recién nacido. También ha permitido reforzar competencias quirúrgicas para abordar las situaciones de emergencia obstétrica y mejorar el funcionamiento de la red.

La experiencia promueve el vínculo de la madre con el hijo y la participación activa del padre. Además, refuerza conocimientos y habilidades del equipo de salud integrado por médico general, matrona y técnicos paramédicos.

Finalmente, esta experiencia asegura una atención integral del embarazo y parto, contando con asignación y distribución de recursos y respondiendo de esta forma para garantizar una maternidad segura y el cumplimiento de las políticas del país.

CONCLUSIONES

El desarrollo de un programa de formación denominado «Pabellón Docente» para mejorar los conocimientos y habilidades técnicas de los equipos médicos en los ámbitos de ginecología y obstetricia, ecografía y anestesia de todos los HCSF logró contribuir al fortalecimiento de las maternidades cercanas a la familia y la comunidad.

Un elemento clave de este programa lo constituyó la prioridad otorgada por los directivos del servicio de salud, conformando un equipo multidisciplinario de trabajo para

realizar las mejoras y otorgar todas las facilidades necesarias. Otro aspecto clave fue el compromiso de sus docentes, referentes, asesores y participantes, debido a que el escenario permanente fue trabajar con escasos recursos.

La metodología de trabajo presentada requiere una constante retroalimentación para ir evaluando e implementado modificaciones cuando sean necesarias. Es por ello que se sugiere, dada la experiencia previa, conformar equipos de trabajo para realizar coordinaciones, reuniones que permitan en conjunto tomar acuerdos y evaluar progresivamente el estado de avance correspondiente.

Finalmente, el programa contempló una metodología única en Chile, de formación moderna, innovadora y ajustada a las necesidades de formación de los participantes; una metodología que permite la construcción de actividades facilitando el enriquecimiento mutuo de participantes y docentes en beneficio de una mejor calidad de atención a los usuarios de la red asistencial de salud pública.

AGRADECIMIENTOS

El programa «Pabellón Docente» debe su implementación a la profesionalidad y compromiso del Dr. José Lepez, la Dra. Katia González y el Dr. Luís Canales, junto a todos los directores, subdirectores y equipos gineco-obstétricos de los hospitales y particularmente la Dirección de la Red Asistencial de la Región de Ñuble, Chile.

BIBLIOGRAFÍA

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA, SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA.

Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. Síntesis de situación y enfoque estratégico [en línea]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud (Gobierno de Chile), 2008. Disponible en:

http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf.

CUESTAS, E. Estrategias para la formación y desarrollo de equipos de investigación exitosos. En: *Archivos Argentina Pediatría*. 2011, vol. 109, núm. 2, pp. 100-102.

FARINA, D.; RODRÍGUEZ, S.; ERPEN, N. Subprograma de Referencia y Contrarreferencia. La capacitación en terreno como estrategia para la mejora de la calidad de la atención de la salud. En: *Archivos Argentina Pediatría*. 2012, vol. 110, núm. 1, pp. 9-18.

MINISTERIO DE SALUD (GOBIERNO DE CHILE). *Estrategias Hospital Amigo*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud (Gobierno de Salud), 2007.

PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO. *Derechos Laborales de Maternidad y Paternidad*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, 2012.

PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO. *El Sistema de Protección Integral a la Infancia*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, 2012.

PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO. *Importancia del cuidado de la salud durante la gestación*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, 2012.

KRAUS, P., et al. Mental illness in mothers and congenital malformations in newborns: a meta-analysis. En: *Cad. Saúde Pública*. 2011, vol. 27, núm. 12, pp. 2287-2298.

LEYTON, C.; HUERTA, P.; PAÚL, I. Cuadro de Mando en Salud. En: *Revista de Salud Pública de México*. 2015, vol. 57, pp. 234-241.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO Y PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. *Trabajo y familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: Conceptualización e implementación del Modelo*. OMS, 1991.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Tecnología apropiada para el parto*. Lancet, 1985.

PRATA, A.; LEDO, A. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro, Brasil: distribuição de leitos e análise comparativa de equidade em 1997 e 2007. En: *Cad. Saúde Pública*. 2011, vol. 27, núm. 2, pp. 263-71.

VALDIVIESO, V. La reforma de Salud en Chile y el rol de las Facultades de Medicina: un intento de síntesis. En: *Rev. méd. Chile*. 2000, vol. 128, núm.10, pp. 1161-66. Disponible en: <<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?>>.