

Cumplimiento de la norma técnica de atención del recién nacido en hospitales del nivel I y III de Barranquilla y Soledad

Fulfillment of the technical norm for the appropriate attention of a newborn of Barranquilla and Soledad

Mildred Rosales Amarís¹, Katty Álvarez Manduca², Lady Delgado Rivero², María Auxiliadora Hemer Narváez², Javier Madero Reales², Diana Silva Henao²

Resumen

Objetivo: Valorar cumplimiento de la normativa 0412 de 2000 para la atención del recién nacido en instituciones hospitalarias de Barranquilla y Soledad.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo evaluativo. Se evaluaron 210 partos institucionales mediante cuestionario estructurado para valorar cumplimiento de la norma de atención del recién nacido; cuestionario estructurado dirigido a personal de sala de partos y maternidad para valorar trabajo en equipo; cuestionario institucional para medir capacidad resolutive y encuesta estructurada con preguntas de chequeo a la madre para valorar atención humanizada. Para análisis se utilizó EpiInfo versión 6.04d.

Resultados: Participación en la atención del parto: auxiliares de enfermería (98.6%), médico general (58.1%), gineco-obstetra (17.6%) y pediatra (17.1%). El Apgar se valoró a los cinco minutos en el 64.3% y a los diez minutos en el 28.6%. Se identificó oportunamente al 49.5 % de recién nacidos. Se observó poca actitud para trabajar en equipo en el 48.3% del personal de Sala de Partos y Maternidad y ninguna actitud en el 46.7%; 50% de los recién nacidos hospitalizados y 23.3% de los no hospitalizados fueron atendidos con alguna disposición hacia la atención humanizada. Las instituciones de primero y tercer nivel estudiadas presentaron mediana capacidad resolutive. Una institución del primer nivel y otra del tercero presentaron alto grado de conocimiento de la norma.

Conclusiones: El conocer la norma no se refleja en los procesos de atención. Trabajo en equipo, atención humanizada y capacidad resolutive no fueron satisfactorios.

Palabras claves: Recién nacido, cumplimiento, trabajo en equipo, atención humanizada, capacidad resolutive.

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2007
Fecha de aceptación: 11 de mayo de 2007

¹ Enfermera. Magíster en Salud Pública con énfasis en Epidemiología. Profesora del Departamento de Salud Familiar, División Ciencias de la Salud, Universidad del Norte.

Correspondencia: Universidad del Norte, Km 5 vía a Puerto Colombia, Barranquilla (Colombia).
mirosale@uninorte.edu.co

² Estudiantes de VIII semestre de Enfermería, Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

Abstract

Objectives: To value the execution of the norm 0412 of 2000 for the appropriate attention of a newborn in the clinical institutions of Barranquilla and Soledad, Jun-Dic 2005.

Materials and Methods: A descriptive study of 210 childbirths was observed and a questionnaire was applied in order to assess the observance of the norm for the childbirth and the newborn care. One questionnaire was implemented for each institution to judge the resolution capacity. The 210 events were observed to assess the condition of the humanized care through the observation and the response to one survey by the mother. The tabulation and analysis of the data were computerized by using the EpiInfo software version 6.04d.

Results: In the results, the nurse assistant participated in the care up to a 98.6%, the surgeon attended 58.1% of the childbirths, and the gynecologist/obstetrician (17.6%) and the pediatrician (17.1%). The Apgar evaluation 5 minutes after birth was applied in 64.3% of the newborns and the 10 minutes 28.6% of the newborn. The newborn was identified timely only in 49.5% of the cases. It was found that poor attitude occurs during teamwork in 48.3% of the service staff in the childbirth and maternity ward, and 46.7% of them had no attitude for teamwork. The evidences showed lack of humanization in the following institutions. Little resolution capacity was found in the Institutions.

Conclusions: Although the evidences showed certain knowledge of the norm, many of its activities are not being implemented. The context in which is applied isn't satisfactory.

Key words: Newborn, observance, teamwork, humanized care, resolution capacity.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en Colombia ocurren 8.043 muertes materno-perinatales debido a condiciones originadas al momento de la atención del parto (1).

Las principales causas de mortalidad neonatal están intrínsecamente relacionadas con la salud de la madre y la atención que ésta recibe antes y durante el parto. La asfíxia y los traumatismos del nacimiento se deben por lo general a que el trabajo de parto y el alumbramiento en sí no se realizan debidamente, así como a la falta de acceso a los servicios de obstetricia.

Los datos estadísticos y causales mencionados anteriormente para Colombia hacen referencia a la morbilidad y mortalidad materno-perinatales pero no incluyen datos específicos que identifiquen los factores predisponentes a dichas defunciones, entre las cuales posiblemente se atribuyan la atención al recién nacido durante el parto y puerperio.

Al brindar atención integral se pueden identificar y controlar los riesgos en forma oportuna y holística, atendiendo no sólo a las variables orgánicas ligadas a la función reproductiva, sino también considerando todas las variables psicosociales y socioculturales intrínsecas a la situación de una familia gestante, extendiendo sus beneficios al recién nacido y aun en otras etapas del ciclo vital (2).

Aunque cada año siguen muriendo en el mundo unos 10,5 millones de niños menores de cinco años, se han logrado ciertos avances con respecto a los años setenta, cuando esa cifra superaba los 17 millones. Dicha reducción no se ha producido de manera uniforme en el tiempo ni en la misma proporción en todas las regiones, pero los resultados satisfactorios obtenidos en algunos países en desarrollo demuestran claramente que también en esos entornos es posible alcanzar bajos niveles de mortalidad (3).

La OMS considera que la intervención continua del binomio madre – hijo durante la

gestación, el parto, el postparto y a lo largo de la infancia reduciría el número de defunciones en mujeres y niños (4). “Es absolutamente imperativo dar a las madres, a los bebés y a los niños la atención que necesitan” (5).

Siempre, el nacimiento de un niño o niña se envuelve en un ambiente sociocultural que puede humanizar o cancelar sus posibilidades de ser (6). Los profesionales de la salud deben adoptar como propia la preocupación constante por el mejoramiento de las Relaciones Humanas, específicamente con los pacientes y sus familiares. La OPS insta a la reflexión continua sobre prácticas elementales, como aquellas que respondan a interrogantes relacionados con la humanización de la salud (7).

Frente a las grandes y pequeñas disyuntivas presentadas diariamente en las distintas unidades de atención, los trabajadores de la salud pueden tomar sus decisiones dependiendo principalmente del cumplimiento de las normas establecidas. El hospital es un lugar ético privilegiado, que, gracias al trabajo en equipo, favorece el crecimiento moral de los que laboran en él (8).

Todas las mujeres tienen el derecho a protección, atención integral y humanizada de su salud, fundamentalmente en lo relacionado con el proceso reproductivo. El dar apoyo emocional a la gestante reduce en un 16% la necesidad de analgésicos y la incidencia de cesárea en un 23%, al igual que la depresión del recién nacido a los 5 minutos en un 50% (9).

Al dar una mirada internacional a la problemática perinatal se observa la creación de diferentes estrategias, siendo el caso de Bolivia el más significativo, en donde se diseñó un plan para la atención segura en el área materno infantil, tomando como bandera el fortalecimiento de la capacidad resolutive y la calidad de las redes de servicios en sa-

lud materna y neonatal, con muy buenos resultados. De ahí la importancia de unir fuerzas en aras de disminuir la morbilidad y la mortalidad sudamericana teniendo referencias de estrategias ya establecidas para el mejoramiento nacional (10).

Colombia, país en desarrollo, evoluciona con esfuerzos considerables para mejorar la calidad y expectativa de vida con la ayuda de herramientas científico-jurídicas de implementación general en las entidades de salud.

Es así como actualmente rige en Colombia la resolución 00412 del 25 de febrero de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Esta norma establece el manejo, técnicas y auxilio al recién nacido durante el parto y puerperio, determinando varios criterios para ello, como son la atención humanizada de la madre y el niño, el trabajo en equipo por parte del personal de salud y la capacidad resolutive para cada una de las instituciones según su nivel de complejidad (11).

La resolución en cuestión enfatiza que las complicaciones durante este período son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del período neonatal.

Con base en la problemática maternoperinatal y la ausencia de estudios que valoren la norma en mención, el grupo investigador decidió realizar un estudio de tipo descriptivo, con objeto de evaluar su cumplimiento y los factores involucrados tácitamente en ella, tales como: Atención humanizada, trabajo en equipo, capacidad

resolutiva y conocimiento de la misma por parte del personal de salud.

La utilización en Colombia de la figura legal de la Norma Técnica como compendio de actividades de protección específica tiene tal vez su objetivo más crítico en las primeras etapas de la vida. La Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido intenta encarar las metas propuestas por la OMS en lo concerniente a la mortalidad infantil. El panorama mundial, más que alentador, incita a la rigurosidad y al compromiso.

A esto se agrega el contexto en el cual el gobierno esperaba que se desarrollaran las actividades de atención del recién nacido durante el parto: un verdadero y buen desempeño de trabajo en equipo y una capacidad resolutiva acorde con el nivel de atención. Con relación a la disminución de las tasas de mortalidad materna y perinatal en Colombia: “se debe hacer la programación de las actividades en los servicios con un reconocimiento previo de la comunidad usuaria de los recursos y de la tecnología disponible. Sólo así se lograrán servicios acordes con las necesidades de la población que los demanda” (12).

Es importante recordar que un equipo es un conjunto de personas que se necesitan mutuamente para actuar. Todos los equipos son grupos, pero no todos los grupos son equipos. La noción de equipo implica el aprovechamiento del talento colectivo, producido por cada persona en su interactuar con los demás (13); en los equipos predominan los talentos; en los grupos, la mano de obra. Por eso, el paso inicial para montar un verdadero equipo comienza con la selección de las personas que lo van a componer (14). “Colectivamente podemos ser más agudos e inteligentes de lo que somos en forma individual. El cociente intelectual del equipo es potencialmente superior al de los individuos”

(15). Las acciones en el equipo se generan de un trabajo programado; el equipo garantiza el logro de los objetivos propuestos y el uso racional de los recursos (16).

Se consideran muy interesantes los diferentes tipos de actividades que hacen los equipos, como son: generación de ideas, logro de consenso, valoración de ideas, presentación de resultados y planeación de las acciones. Entre los atributos de equipos de alto rendimiento los especialistas resaltan, entre otros, la *responsabilidad compartida*, a través de la cual se establece un estilo de trabajo en el que todos los miembros del equipo se sienten tan responsables como el gerente por la eficiencia de dicho equipo (17).

Cobra importancia la comunicación y un nuevo modelo de toma de decisiones, basado en el trabajo en equipo, en donde la tendencia autocrática pierde su fuerza para empezar a visualizar el valor de la sinergia y acciones que de allí surgen (18).

Expertos de la editorial Díaz Santos consideran que para formar equipos de trabajo deben existir ciertas condiciones o situaciones que merecen analizarse antes de formarlos, como competencias individuales, el nivel de estrés y el tiempo de respuesta a una labor específica, entre otros (19).

A menudo se afirma que no se puede reducir drásticamente el número de muertes neonatales sin un importante gasto en salud que permita realizar grandes inversiones en sofisticadas tecnologías. En realidad, las enfermeras y los médicos pueden adquirir fácilmente la formación necesaria sin tener que hacerse especialistas (20).

Con base en lo expresado anteriormente y considerando la inexistencia de un estudio evaluador al respecto, el grupo investigador se planteó el siguiente interrogante: ¿Se cumplen los aspectos enunciados a continuación, mencionados en la norma técnica para la atención

al recién nacido, establecida en la resolución 0412 del año 2000, en las instituciones de salud Hospital Universidad del Norte, Hospital Nazareth, Hospital Materno Infantil de Soledad, Hospital Niño Jesús, Hospital La Mangay y Hospital San Camilo de Barranquilla y Soledad (Atlántico) durante el 2º semestre de 2005?:

- Trabajo en equipo.
- Atención humanizada por parte del profesional de salud hacia el recién nacido y la madre.
- Capacidad resolutive de la institución de salud, de acuerdo con su nivel de complejidad, durante la atención al recién nacido y la madre.
- Cumplimiento de los aspectos registrados en la norma.

Los resultados de esta investigación servirán de base para la toma de decisiones apropiadas frente a las situaciones resultantes de la prestación de los servicios de salud al recién nacido en sus primeras horas de vida, haciendo hincapié en el protocolo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A su vez, se busca servir como guía para la inducción del personal que ingresa a las instituciones de salud, con el cual se pueda establecer un plan de educación continua, con fines de reforzar los aspectos normativos de la resolución 00412 de 2000.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio descriptivo la muestra se escogió de manera seleccionada, por conveniencia y proporcional a cada una de las instituciones objeto de este trabajo, distribuida de la siguiente manera: Para evaluar el cumplimiento de la norma y atención huma-

nizada, la muestra correspondió a 210 partos; para evaluar el trabajo en equipo y conocimiento de la norma, la muestra correspondió a 60 funcionarios del área de Sala de Parto y Maternidad; para evaluar la capacidad resolutive se realizó una encuesta por institución, es decir, seis en total.

Se observaron 210 partos (35 por institución), en los cuales se aplicó un cuestionario que fue diligenciado por cada investigador. Este cuestionario contenía 33 preguntas correspondientes a actividades normativas para la valoración del cumplimiento. Se utilizó de igual forma los 210 eventos (partos) para valorar el estado de la atención humanizada por medio de la observación y la aplicación de una encuesta de 18 preguntas realizadas a las madres, quienes mediante información precisa sobre la encuesta que se les iba a realizar expresaron su consentimiento para llevarla a cabo.

Para la valoración del trabajo en equipo se encuestó a 60 funcionarios del área de sala de partos y maternidad (10 por institución) con 10 preguntas que midieron actitudes para trabajar en equipo. Para valorar la capacidad resolutive se diligenció un cuestionario por cada institución (21 preguntas).

Los investigadores asistieron a los turnos en las instituciones estudiadas para recolectar la información, previa autorización de las directivas de las mismas.

La tabulación de los datos se hizo utilizando el *software* EpiInfo versión 6.04d.

RESULTADOS

Se observó que la atención del parto y del recién nacido se realizó en un mayor porcentaje con participación de la auxiliar de enfermería (98.6%) y del médico general (58.1%). Como agentes externos, los estudiantes par-

ticiparon en un porcentaje importante (66.7%); el gineco-obstetra y el pediatra participaron en un 17.6 y 17.1% respectivamente. La enfermera sólo participó en el 27.1% de los eventos en estudio (tabla 1).

logra evidenciar un mayor porcentaje de funcionarios (48.3) con alguna actitud para trabajar en equipo; el 46.7% de los mismos se manifestó sin actitud para trabajo en equipo. Sólo el 5% de los funcionarios en es-

Tabla 1
Distribución del personal de salud que participa en la atención del parto y del recién nacido

PARTICIPACIÓN	Sí	%	N°	%
Enfermera	57	27.1	153	72.9
Auxiliar de enfermería	207	98.6	3	1.4
Gineco-obstetra	37	17.6	173	82.4
Médico general	122	58.1	88	41.9
Pediatra	36	17.1	174	82.9
Estudiantes	140	66.7	70	33.3
Internos	101	48.1	109	51.9

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

La valoración del Apgar a los 5 minutos mostró un porcentaje de cumplimiento de 64%; el Apgar a los 10 minutos sólo se realizó en el 28.6% de los recién nacidos (tabla 2).

Tabla 2
Distribución de los recién nacidos según cumplimiento de la valoración del Apgar a los 5 y a los 10 minutos

Valoración Apgar 5 minutos	N°	%
Sí	135	64.3
No	75	35.7
Total	210	100
Valoración Apgar 10 minutos	N°	%
Sí	60	28.6
No	150	71.4
Total	210	100

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre actitud para el trabajo en equipo, se

tudio presentó una actitud positiva para el trabajo en equipo, los cuales pertenecen a las instituciones: ESEs (Unidades administrativas Hospital La Manga y Hospital Nazareth). (Tabla 3).

Se observó que la actividad de identificación oportuna del recién nacido fue realizada solamente en el 50% de los recién nacidos por los funcionarios de salud encargados (Tabla 4). En cuanto a la toma de medidas antropométricas, el cumplimiento fue del 100%; el registro en la historia clínica de procedimientos y actividades realizadas se cumplió en un alto porcentaje (99.5%), a diferencia de la realización del examen físico general, el cual se cumplió sólo en un 58% de los casos. Mientras el tórax del recién nacido se encontraba dentro del canal del parto, el secado de cabeza y cara sólo se realizó en un 6% de ellos. El secado respetando la circulación umbilical se realizó en un 33.8% del total de recién nacidos y en el 31.9% de los casos se mantuvo a éstos con poca luz.

Tabla 3

Comportamiento del trabajo en equipo en las instituciones de salud estudiadas

	Actitud positiva para el trabajo en equipo (28-30 puntos)		Alguna actitud para el trabajo en equipo (25-27 puntos)		Sin actitud para el trabajo en equipo (Menor de 25 puntos)		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	3	5	29	48.3	28	46.7	60	100

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

Tabla 4

Distribución de los recién nacidos según las variables de cumplimiento de la norma

ACTIVIDAD	Se cumple		No se cumple	
	N°	%	N°	%
Identificación oportuna del RN*	104	49.5	106	50.5
Toma de medidas antropométricas al RN*	210	100	210	100
Registro en historia clínica de actividades realizadas al RN*	209	99.5	1	0.5
Secado cabeza y cara al RN mientras el tórax permanecía en el canal del parto	6	2.9	204	97.1
Secado del RN respetando la circulación umbilical	71	33.8	139	66.2
Examen físico al RN	121	57.6	89	42.4
Mantenimiento del RN con poca luz	67	31.9	143	68.1

* Recién nacido

TOTAL: 210.

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

En cuanto a los resultados obtenidos con respecto a la atención humanizada en los recién nacidos hospitalizados (30 pacientes), se encontró que en el hospital de la Universidad del Norte, el mayor porcentaje de los recién nacidos (75%) recibió atención de funcionarios que presentaron alguna disposición para una atención humanizada. En general, puede decirse que del total de recién nacidos estudiados, el 50% fue atendido con alguna disposición para la atención humanizada; en el otro 50% no se brindó atención humanizada. Con base en los resultados obtenidos para la atención humanizada durante la atención de los recién nacidos no hospitalizados (180 recién nacidos), se observó que el 76.7% de los recién nacidos en estudio no recibió

atención humanizada. Sólo el 23.3% de los recién nacidos recibió atención de personal con disposición para la atención humanizada (tabla 5).

Respecto a los resultados de capacidad resolutoria en las instituciones de primer nivel estudiadas, se observó mediana capacidad resolutoria en las instituciones Hospital Nazareth (50 puntos), Hospital San Camilo (48 puntos) y Hospital Materno Infantil de Soledad (43 puntos). El Hospital La Manga no presentó capacidad resolutoria (39 puntos) para la atención al recién nacido. Lo anterior se justifica por la ausencia de protocolos y manuales de atención para el parto y recién nacido, además de la falta de equipos e instrumentales y su correspondiente mantenimiento.

Tabla 5

Distribución de recién nacidos hospitalizados y no hospitalizados, según atención humanizada

Hospitalizados	Atención humanizada (15 puntos)		Disposición para atención humanizada (12-14 puntos)		Sin atención humanizada (Menos de 12 puntos)		TOTAL N°
	N°	%	N°	%	N°	%	
Uninorte	0	0	12	75	4	25	16
Otras	0	0	3	21.4	11	78.6	14
Total	0	0	15	50	15	50	30
No hospitalizados							
Total	0		42	23.3	138	76.7	180

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

Es preocupante la situación encontrada con respecto a la capacidad resolutive, puesto que ninguna de las instituciones de primer nivel estudiadas presentó una capacidad resolutive adecuada para la atención del recién nacido (tabla 6).

tiene un alto conocimiento de la norma de atención al recién nacido, siguiéndole en importancia un 28.3% de dichos funcionarios con mediano conocimiento de la norma. Un porcentaje relevante de los funcionarios estudiados (35%) presentó bajo conocimiento

Tabla 6

Estado de la capacidad resolutive para la atención del recién nacido en las instituciones de primer nivel estudiadas

	Existe buena capacidad resolutive (54-72 puntos)	Presenta mediana capacidad resolutive (43-53 puntos)	No presenta capacidad Resolutive (Menor de 43 puntos)
H.* La Manga	—	—	39
H.* Nazareth	—	50	—
C.S+ San Camilo	—	48	—
H.* Soledad	—	43	—

* Hospital

+ Centro de salud

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

Las instituciones de tercer nivel estudiadas se ubicaron en la categoría mediana capacidad resolutive, la cual corresponde a más del 64% de cumplimiento (tabla 7).

Del total de funcionarios de salud estudiados, se encontró que sólo el 36.7% de ellos

de la norma (tabla 8).

Cabe resaltar que en el Hospital La Manga y en el Hospital Uninorte, el mayor porcentaje de sus funcionarios (80 y 60% respectivamente) tenía un alto conocimiento de la norma (tabla 8).

Tabla 7

Estado de la capacidad resolutive para la atención del recién nacido en las instituciones de tercer nivel estudiadas

	Existe capacidad resolutive adecuada (83-118 puntos)	Presenta mediana capacidad resolutive (72-82 puntos)	No presenta capacidad resolutive (Menor de 72 puntos)
H.* Uninorte	—	77	—
H.* Niño Jesús	—	76	—

* Hospital

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

Tabla 8

Conocimiento de la norma por parte del personal de salud en las instituciones estudiadas

	Alto conocimiento de la norma (90%-100%)		Mediano conocimiento de la norma (70%-80%)		Bajo conocimiento de la norma (Menor o igual a 60%)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
H.* Uninorte	6	60	3	30	1	10
H.* La Manga	8	80	0	0	2	20
H.* Niño Jesús	5	50	1	10	4	40
H.* Nazareth	1	10	2	20	7	70
C.S.+ San Camilo	2	20	6	60	2	20
H*. Soledad	0	0	5	50	5	50
Total	22	36.7	17	28.3	21	35

* Hospital

+ Centro de salud

Fuente: Encuesta diligenciada por el equipo investigador.

DISCUSIÓN

Se evidencia en esta investigación la no aplicación en su totalidad de la Norma Técnica para la atención del Recién Nacido en las instituciones de salud estudiadas, y se observó en un alto porcentaje de los recién nacidos el no cumplimiento de dicha norma, principalmente en los siguientes aspectos: presencia de los profesionales que deben participar en la atención al recién nacido (gineco-obstetra, pediatra y enfermera en menos del 28% y el médico general en menos

del 59%), secado de cabeza y cara mientras el tórax permanece en el canal del parto (3%), secado del recién nacido respetando la circulación umbilical (34%), toma del Apgar a los cinco y a los diez minutos (64 y 29% respectivamente). La falta de identificación del neonato y la realización del examen físico al recién nacido se observó en menos del 59% y sólo en el 32% de los casos se mantuvo al recién nacido con poca luz. Los aspectos mencionados obligan a considerar la necesidad de mejorar las condiciones de vida y salud de los recién nacidos, tal como

lo menciona el Fondo de Población de las Naciones Unidas en su Plan de Maternidad y Nacimientos Seguros, en concordancia con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (10). Las observaciones mencionadas no se ajustan a la resolución 00412 de febrero de 2000 (11).

A pesar de revelarse un importante porcentaje entre alto y mediano conocimiento de la norma en mención por parte de los funcionarios de algunas instituciones investigadas (65%), ésta no se cumple a cabalidad; no debe perderse de vista, sin embargo, que un porcentaje importante de funcionarios (35%) mostró un bajo conocimiento de la norma.

Se encontró una baja participación del pediatra (17.1%) y de la enfermera (27.1%) en la atención del recién nacido, lo cual difiere muy poco de lo reportado en el estudio sobre calidad de atención del parto y postparto en el Centro Hospital Joaquín Paz Borrero de Cali, en donde no se encuentra este tipo de profesionales disponibles para atender a los niños al nacer (22).

En un estudio realizado por estudiantes de Ingeniería Industrial de la Universidad del Norte, quienes formaron un equipo de apoyo para diseñar un sistema de gestión de calidad intrahospitalaria debidamente normatizado, se resalta la atención humanizada, entre otros, considerando éste el secreto para ofertar una atención de alta calidad (21), aspecto que se debe considerar en este estudio, si se tiene en cuenta al personal de salud con disposición para la atención humanizada durante la atención de los recién nacidos hospitalizados (50%) y al personal de salud con disposición para la atención humanizada durante la atención de los recién nacidos no hospitalizados (23.3%).

En su mayoría, las instituciones de primer nivel y en su totalidad las de tercer nivel

estudiadas presentaron mediana capacidad resolutive, siendo coincidentes con el estudio realizado por Chong, Noreña y Vásquez, en el que las diferencias más importantes fueron: ausencias de manuales sobre normas y procedimientos para el personal médico y de enfermería, como también de guías escritas para el manejo de las historias clínicas (10, 22, 23).

Los resultados obtenidos reflejan que un porcentaje importante del personal de salud de las instituciones estudiadas (48.3%) presentan sólo alguna actitud para el trabajo en equipo durante la atención del parto y del recién nacido, lo cual podría repercutir en la toma de decisiones, en la participación grupal y en la ayuda mutua (8).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para el mejoramiento de los resultados relacionados con la capacidad resolutive, teniendo en cuenta que los aspectos no cumplidos en gran medida fueron la falta de protocolos y manuales de procedimientos en las instituciones de salud estudiadas, se propone la actualización y obtención de los mismos (en cada institución), como también el mejoramiento de los procesos involucrados durante la presencia de complicaciones en el recién nacido, con la correspondiente responsabilidad en su gestión por parte del área administrativa de cada institución.

- Algunas instituciones de salud estudiadas mostraron resultados que deben fortalecerse y mejorarse con respecto a la atención humanizada y al trabajo en equipo. Una de las estrategias que se debe utilizar durante la atención al recién nacido es la sensibilización oportuna del personal trabajador, mediante activi-

dades administrativas y académicas (capacitaciones, talleres y actualizaciones sobre la temática, donde se expresen técnicas para el desarrollo del mismo y resultados favorables relacionados con su aplicación).

- Con el ánimo de superar favorablemente los resultados obtenidos en este estudio, se considera de interés divulgar dicha información en las instituciones de educación superior con programas de Enfermería y Medicina, como también en las instituciones de educación técnica para auxiliares de enfermería, con el fin de mejorar los conocimientos con respecto a dicha norma y a la responsabilidad inherente a sus funciones laborales. Los resultados se verán reflejados en el mejoramiento de la atención durante el parto y el nacimiento del recién nacido.
- Teniendo en cuenta las modificaciones o cambios tanto legales como de resultados aplicados, a los cuales puede estar expuesta la norma, se plantea la continua evaluación de la misma con sus correctivos a mediano o a largo plazo, según sea el caso.
- Presentar los resultados obtenidos a las instituciones de salud sujeto del estudio, para los correctivos pertinentes.
- En última instancia se hace necesaria la realización de nuevos estudios en Barranquilla y en el país que aporten luces acerca de la causa del no cumplimiento cabal de la norma, la cual se conoce parcialmente.

Financiación: Universidad del Norte y aportes de los estudiantes investigadores.

Declaración de conflictos: Los autores no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS

- (1) World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Capítulo 5: Los recién nacidos cobran más importancia: 85-109.
- (2) Urrego Z, González E, Fernández R. Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy. Primer nivel ESE. Bogotá, 1999-2000.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Sobrevivir a los primeros cinco años de vida. Salud Mundial: Retos actuales. 2005.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud 2005: cada niño y cada madre contarán. Planteamiento para salvar las vidas de madres y niños. Ginebra, Nueva Delhi, 2005.
- (5) Jong-wook L. Planteamiento para salvar las vidas de madres y niños. Ginebra, 2005.
- (6) Álvarez J. Evolución de la atención a las personas que manifiestan algún signo de discapacidad, presente o no necesidades educativas especiales, en la historia de nuestro país. (UNICEDES), op. cit., pp. 209-219.
- (7) Posada N. ¿Cuándo un ser humano comienza a ser persona? Una visión desde algunos textos de la OPS. Universidad de la Sabana. 2003 septiembre;20: 24-34.
- (8) Herranz, G. El Hospital como organismo ético. Persona y Bioética. Revista Internacional. 1998 Febrero - Mayo. Año 2, N° 3:45-67.
- (9) Palermo, Mario. Atención Humanizada del Parto: Maternidad Centrada en la familia. Hospital Nacional. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- (10) Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. Plan de maternidad y nacimientos seguros. Disponible en <http://www.unfpa.org.bo./intervenciones/planes.html>
- (11) Ministerio de la Protección Social. Resolución 0412 de 2000: Norma Técnica para la Atención del recién nacido. Año 2000.
- (12) Pabón, H. Evaluación de los Servicios de Salud. Cali: Editorial XYZ, 1985.
- (13) Cortese A. Trabajo en equipo: descubriendo el talento colectivo. Inteligencia Emocional. 2006. Disponible en: <http://www.sht.com.ar/archivo/>

Management/trabajoen equipo.htm.

(14) Vigorena F. El trabajo en equipo de América Latina. Inteligencia Emocional. 2006. Disponible en: <http://www.Sht.com.ar/archivo/Management/trabajoenequipo.htm>.

(15) Senge P. La quinta disciplina. Buenos Aires: Granica, 1992.

(16) Rosales M. Cómo funcionan los equipos multiprofesionales. Libro UNI Barranquilla, un compromiso social. (pp. 148-156). Barranquilla: Ediciones Uninorte, 2004.

(17) Buchloz, R. Wilson Learning Corp. Cómo crear un equipo de alto rendimiento en su empresa. Buenos Aires: Atlántida, 1992.

(18) Ducker P Disponible en <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/ger/trabequioventas.html>

(19) Escat M. Criterios para la formación de equipos. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales/der/articulos/38/grupo.htm>.

(20) OPS, OMS. Curso clínico neonatal AIEPI. Ministerio de la Protección Social. Colombia. 2005.

(21) Guzmán A, Narváez J. Diseño de un sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2000 en la Clínica General del Norte. Programa de Ingeniería Industrial, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia, 2005.

(22) Chong XE, Noreña C, Vásquez ML. Calidad de atención del parto y postparto en el Centro Hospital Joaquín Paz Borrero de Cali, Colombia, 1991. Colombia Médica 1994; 25: 2-7.

(23) Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública Méx. 1990; 32:113-17.