

La implementación de la formación en la atención obstétrica de emergencia en Bangladesh: lecciones aprendidas

Mohammad Tajul Islam,^a Yasmin Ali Haque,^b Rachel Waxman,^c Abdul Bayes Bhuiyan^d

^a Consultora, UNFPA Bangladesh, Dhaka, Bangladesh. Correo electrónico: abc_taj@yahoo.com

^b Coordinadora de Programa Principal, United Nations Children's Fund, Colombo, Sri Lanka

^c Oficial de Implementación de Programa, Averting Maternal Death and Disability Programme, Heilbrunn Department for Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, Nueva York, NY, EEUU

^d Punto Focal, Skilled Birth Attendant Training, Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh, Dhaka, Bangladesh

Resumen: El objetivo del proyecto *Derecho de las Mujeres a la Vida y la Salud* era disminuir las tasas de morbilidad materna en Bangladesh mediante la provisión de cuidados obstétricos de emergencia (COE) integrales en los hospitales de distrito y subdistrito. El desarrollo de recursos humanos fue una de las actividades principales. En este artículo se describe el proyecto de 2000-2004 y las lecciones aprendidas. Se revisaron los documentos del proyecto, base de datos, informes y protocolos de capacitación. Los funcionarios médicos, enfermeras, administradores y técnicos recibieron capacitación en los ocho hospitales de las facultades de medicina del país. Para ello, se usaron currículos aceptados nacionalmente. En 2003, se lanzó un curso de 17 semanas de duración de capacitación basada en competencia para funcionarios médicos y enfermeras. En 1999, debido a la falta de personal capacitado y de equipo necesario, los COE integrales eran proporcionados en tan solo tres hospitales de subdistrito; los COE básicos en 33. En 2004, 105 de los 120 hospitales de subdistrito eran funcionales para los COE, 70 con COE integrales y 35 con COE básicos, mientras que 53 de 59 de los hospitales distritales estaban proporcionando COE integrales comparado con 35 en 1999. Para lograr los objetivos planteados se necesitará la ampliación de la capacitación basada en competencia, incentivos innovadores para retener al personal capacitado, protocolos basados en evidencia para estandarizar la práctica y mejorar la calidad de la atención, y la continua participación de las partes interesadas clave, especialmente los capacitadores. © 2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: formación de proveedores de servicios, recursos humanos, cuidados obstétricos de emergencia, Bangladesh.

La mortalidad materna es inaceptablemente elevada en Bangladesh, donde se estima que anualmente mueren 16,000 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto.¹⁻⁴ La disponibilidad y el acceso a los cuidados obstétricos de emergencia (COE) son esenciales para salvar las vidas de las mujeres cuando se presentan complicaciones.⁵

Las primeras iniciativas en Bangladesh para los COE fueron asumidas entre 1993 y 1998 por el

gobierno en 86 hospitales subdistritales en 10 distritos, bajo la Dirección General de Servicios de Salud, a través de la implementación del Proyecto de Mejoramiento Funcional de Atención de Salud Materna y Neonatal⁶ y el Proyecto Piloto Thana de Mejoramiento Funcional. Desde 1993, el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUJAP) ha venido apoyando las actividades para fortalecer 64 centros de bienestar materno y del niño para COE, bajo la Dirección General de Planificación Familiar.⁷ Además,

entre 1994 y 1998, la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Bangladesh, con el apoyo de UNICEF, mejoró los COE en 11 hospitales distritales como experiencias piloto, expandiendo subsecuentemente el proyecto a otros distritos. La intervención en estos proyectos incluyó la renovación de las unidades de maternidad y los teatros de operación, el abastecimiento de equipos y drogas, y el desarrollo de recursos humanos. Las actividades de desarrollo de los recursos humanos incluyeron la formación en servicio de funcionarios médicos en obstetricia y anestesia, de enfermeras en obstetricia, y técnicos de laboratorio en el campo de transfusiones sanguíneas seguras.

Los servicios obstétricos en los hospitales distritales, particularmente el tratamiento de las complicaciones, dependen principalmente de consultores que cuentan con un posgrado en obstetricia. Para las intervenciones quirúrgicas también se requiere a los consultores en anestesia. Los consultores generalmente no están disponibles en los hospitales subdistritales, limitando de esta manera la posibilidad de intervenir en la mayoría de casos que precisan de cuidados obstétricos de emergencia. Los funcionarios médicos, que son los únicos doctores en el nivel subdistrital, no habían recibido la formación adecuada ni tenían la experiencia para entregar COE de manera independiente.

Inicialmente, los funcionarios médicos fueron entrenados en Nepal, bajo el proyecto de Atención de Salud Materna y Neonatal. Posteriormente se desarrolló el currículo y se organizó la formación en los hospitales médicos docentes en Bangladesh. Originalmente, la formación de los funcionarios médicos estuvo diseñada como un curso de seis meses, pero posteriormente se le extendió a un año. De manera similar, la formación de las enfermeras se extendió de seis semanas a cuatro meses. Los técnicos de laboratorio participaron en un curso de formación de dos semanas de duración. En un recuento total, en el lapso de seis años se capacitó a 92 funcionarios médicos, 107 enfermeras y 35 técnicos de laboratorio. Sin embargo, se halló que las competencias en gerencia, monitoreo y coordinación no eran las adecuadas para la mayoría de los proveedores de servicios, quienes precisaban de formación en servicio.

Como actividad preparatoria del proyecto aquí descrito, se condujo una encuesta para construir la línea de base que permitiera evaluar la disponibilidad de COE.^{9,10} Se hizo el acopio de información de 13 hospitales docentes, de 59 hospitales de distrito y 104 de subdistritos (de un total de 400), de 62 centros de bienestar materno y del niño y de 224 clínicas/hospitales privados a nivel nacional. El estudio mostró que no se contaba con cuidados obstétricos de emergencia comprensivos* en el 26% de los hospitales distritales y en el 65% de los subdistritales. La falta de disponibilidad de los servicios estaba mayormente relacionada con la ausencia de personal adecuadamente capacitado, ya sea en obstetricia o en anestesia o en ambos, conjuntamente con la falta de equipamiento y de infraestructura.

El proyecto Derecho de las Mujeres a la Vida y a la Salud, implementado por la Dirección General de Servicios de Salud, es un emprendimiento de colaboración conjunta entre el gobierno de Bangladesh, UNICEF y el Programa de Prevención de la Mortalidad Materna y la Discapacidad de la Universidad de Columbia. Tiene como objetivo contribuir a las metas del gobierno de reducir la mortalidad materna y la discapacidad relacionada con el embarazo y el parto. El proyecto empezó sus actividades en julio de 2000 y fue diseñado para mejorar la disponibilidad, la calidad y el uso de los COE, fortaleciendo la capacidad de los 59 hospitales distritales y 120 de los 400 hospitales subdistritales a nivel nacional.¹¹

* Los cuidados obstétricos de emergencia incluyen lo siguiente: administración de antibióticos parenterales, oxitócicos y anticonvulsivos; extracción manual de la placenta; extracción de tejidos retenidos; parto vaginal asistido; cesárea; y transfusión de sangre. Los cuidados obstétricos de emergencia proveen las primeras seis funciones. Los cuidados obstétricos de emergencia comprensivos proveen la totalidad de las ocho funciones. Se considera que un servicio es *no funcional* si es que no ofrece todas las funciones que lo califican ya sea como básico o comprensivo, incluso si el servicio está desempeñando muchas de estas funciones.¹²

Servicios designados se refiere a los servicios seleccionados por el gobierno para entregar COE comprensivos y fueron la meta de las intervenciones del proyecto (59 hospitales de distrito y 120 hospitales subdistritales). Se define a otros servicios como *servicios no designados*.

El volumen promedio de las poblaciones distritales y subdistritales es de alrededor de dos millones y 200,000, respectivamente.⁸ Del total estimado de 3.5 millones de nacimientos anuales (1999),² la probabilidad era de que más de medio millón de mujeres (o un estimado del 15% del total¹²) sufriera de complicaciones durante el embarazo o el parto.*

Las intervenciones más importantes del proyecto incluyeron la renovación de los servicios, la formación en servicio de los funcionarios médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio, el abastecimiento del equipamiento necesario y de la logística, considerándose también el fortalecimiento del sistema de información de la gerencia de salud, el mejoramiento en la oportunidad y la calidad de los cuidados de emergencia. También se emprendió actividades de movilización social y de la comunidad, tales como la celebración del Día de la Maternidad Segura, la distribución de afiches y volantes, y el fortalecimiento de la educación sanitaria basada en el servicio.

Las actividades de formación, implementadas por la Dirección General de Servicios de Salud, tuvieron como propósito incrementar las habilidades de los funcionarios médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio así como la capacidad gerencial. Este artículo describe las lecciones aprendidas a lo largo del desarrollo de este proyecto desde el año 2000 y durante todo el año 2004.

Fuentes de datos

La documentación revisada para este estudio comprendió los informes del proyecto, la propuesta vigente del mismo, la base de datos de la formación y los informes bimensuales de actualización de los servicios. También se revisó los reportes de desempeño de los capacitandos elaborados por los puntos focales de los centros de formación, los informes de monitoreo de los instructores y del equipo del proyecto, y las minutas de las reuniones periódicas. Se analizaron los protocolos de desarrollo de los recursos humanos, tales como manuales de

formación para funcionarios médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y gerentes. Se construyó una lista de control para las visitas de monitoreo a los servicios docentes para captar información sobre, por ejemplo, el desempeño de los capacitandos, las clases magistrales, las oportunidades para la práctica de las habilidades, la carga de trabajo del servicio docente, el número de otros capacitandos en el departamento, los problemas de la formación, y las observaciones generales registradas en los reportes. El primer autor de este artículo actuó como técnico para el desarrollo de recursos humanos en este proyecto. También se acopió información del Administrador Adjunto de Programa, Dr. Md. Nazrul Islam, Programa de Salud Reproductiva, Dirección General de Servicios de Salud.

Actividades de desarrollo de recursos humanos

Las actividades de desarrollo de recursos humanos apuntaban a contar con, por lo menos, dos funcionarios médicos (uno en obstetricia y el otro en anestesia) y cuatro enfermeras de hospitales subdistritales designados y cinco enfermeras de hospitales distritales, todos ellos con competencias mejoradas para COE. Para alcanzar esta meta debía capacitarse a 336 funcionarios médicos, incluyendo a un 40% de reserva por abandono, y a 775 enfermeras. La mayor parte de la formación tuvo lugar en ocho hospitales docentes a través de todo Bangladesh, empleando el currículo existente.

A la mitad del proyecto se introdujo un programa nuevo de formación basado en competencias para entrenar a los proveedores constituidos en equipos, usando un currículo más breve e intensivo. También se abordó la formación de los técnicos de laboratorio para hacer transfusiones sanguíneas seguras. Además, se desarrolló un programa de orientación para los gestores de servicios, a fin de mejorar la comprensión de los asuntos técnicos y administrativos implicados en el soporte para responder oportunamente a las emergencias obstétricas.

El currículo para los funcionarios médicos, las enfermeras y los técnicos de laboratorio fue desarrollado por grupos de expertos de sus campos respectivos, siendo revisado por profesionales de

* Hay un amplio sector privado en Bangladesh con alguna capacidad para tratar las emergencias obstétricas,⁹ pero el interés de este artículo está en los servicios del sector público.

los hospitales docentes y por el personal del programa antes de ser aprobado por el Comité Nacional de Revisión Curricular. No hubo una capacitación formal de los instructores que se desempeñarían como puntos focales ni de los jefes de departamento para la formación ordinaria. Sin embargo, se llevaron a cabo orientaciones de un día sobre el currículo antes de colocar a los capacitandos en los hospitales docentes.

Formación de un año para los funcionarios médicos

El currículo de los funcionarios médicos en obstetricia abarcó las competencias para conducir partos normales, manejo de la hemorragia del parto y del posparto, complicaciones del aborto, toxemia del embarazo, extracción manual de la placenta, parto vaginal asistido y cesárea, incluyendo la resucitación cardiopulmonar. La formación de funcionarios médicos en anestesia incorporó la anestesia local/regional, la raquídea y la anestesia general y la resucitación cardiopulmonar. Los capacitandos eran guiados por un punto focal de sus departamentos respectivos, los que implementaban y monitoreaban la formación. Los capacitandos observaron y actuaron como asistentes de los doctores *senior* en los primeros tres meses. En los siguientes tres, practicaron bajo supervisión, y durante los últimos seis meses se desempeñaron independientemente. Las clases magistrales se llevaron a cabo con intervalos regulares, principalmente durante los primeros seis meses, para desarrollar los conceptos teóricos relevantes. Para hacer el seguimiento de las competencias se establecieron metas mínimas de desempeño para cada una de las funciones de la emergencia obstétrica y de manejo de la anestesia. Los capacitandos llevaron un cuaderno de bitácora o diario para registrar sus actividades. El punto focal y el jefe de departamento controlaban mensualmente el cuaderno de bitácora para monitorear el desempeño y el progreso.

La revisión de los diarios y los informes de monitoreo mostraron que para los funcionarios médicos en anestesia había abundantes oportunidades para la práctica de habilidades, por lo que usualmente excedían las metas de desempeño. El sólido compromiso de los departamentos de

anestesia con el programa de formación, así como el reducido número de otros capacitandos que trabajaban con ellos, parecen haber contribuido al éxito de la formación.

Para los funcionarios médicos que se entrenaban en obstetricia, las oportunidades de practicar eran generalmente adecuadas; pero el gran número de otros capacitandos (estudiantes de posgrado y de la formación en servicio) en el departamento sí limitó las oportunidades de practicar, incluso tratándose de una colocación de un año completo. En un hospital docente, la reducida carga de trabajo se constituyó en un factor que influyó en que las metas no se alcanzaran. Las clases magistrales en el curso anual se llevaron a cabo pero, con frecuencia, no de la manera en que estaban programadas en el currículo. Se cumplió con las metas de la formación con relación a la mayor parte de las competencias, excepto en el caso de la histerectomía en el periodo perinatal, de la aspiración manual endouterina, y del parto vaginal asistido, específicamente la extracción por aspiración. Actuaron como barreras el bajo número de casos de histerectomía en el período perinatal, junto con la percepción de parte del instructor de que era muy riesgoso para los capacitandos desempeñar los procedimientos. En el caso de la aspiración manual endouterina y de la extracción por aspiración, la falta de prácticas rutinarias en estos procedimientos en los hospitales docentes limitó el modelamiento de competencias y la práctica de los capacitandos.

Formación de enfermeras en obstetricia

El entrenamiento de las enfermeras fue organizado por los institutos de enfermería, y aquellas fueron ubicadas en los hospitales docentes adjuntos para la formación práctica. El curso de formación de las enfermeras comprendió la administración del trabajo de parto normal, el cuidado de enfermería de pacientes obstétricas, la administración del teatro de operaciones, la prevención de infecciones y la asistencia a los funcionarios médicos en los casos de emergencias obstétricas, incluida la cirugía. Además del aprendizaje práctico en los pabellones, el curso incluyó clases magistrales para cubrir los aspectos teóricos. Se mantuvo metas de desempeño y cuadernos de

bitácora y, como en el caso de la formación de los funcionarios médicos, la de las enfermeras también fue supervisada y coordinada por un punto focal.

Se halló que, a menudo, los doctores oponían resistencia a la participación de las enfermeras en la aspiración manual endouterina y en la extracción manual de la placenta; y, en algunos casos, incluso en los partos normales. Tampoco se les permitía con facilidad actuar como asistente principal durante la cirugía obstétrica. Esto parecería deberse a las actitudes negativas de los médicos hacia las enfermeras y hacia un número importante de los capacitandos médicos en el departamento. No obstante, el grueso de estos problemas se resolvieron luego de repetidas discusiones en las reuniones del Comité de Coordinación de la Formación, y mediante el monitoreo externo.

La adquisición de competencias por los capacitandos fue evaluada a través de exámenes a la mitad de la formación y al final, respectivamente. Los capacitandos recibieron su certificado de formación una vez constatado el nivel satisfactorio de sus conocimientos y habilidades, a partir de la evaluación de los docentes del departamento. Una evaluación posformación mostró que el 87% de los funcionarios médicos y enfermeras tenían la confianza de que podrían administrar los COE comprensivos luego de la formación.¹³

Transfusión sanguínea segura

Se entrenó a los técnicos de laboratorio en la determinación de grupos sanguíneos, en las pruebas de cruce de sangre y descarte de sífilis, hepatitis B y C, malaria y VIH, incluyendo la selección de donantes y la extracción de sangre para las transfusiones. También este curso tuvo metas de desempeño, y la formación fue monitoreada por el jefe del Departamento de Transfusiones Sanguíneas Seguras.

Se halló que los técnicos de laboratorio habían recibido una formación satisfactoria en los hospitales docentes. Sin embargo, un reto mayor era garantizar un abastecimiento adecuado de reactivos y suministros, entre estos las bolsas de sangre, en los servicios de COE, especialmente en los hospitales subdistritales.

Formación basada en competencias para los equipos de cuidados obstétricos de emergencia

La formación basada en las competencias se introdujo a medio camino del proyecto para los equipos de funcionarios médicos y enfermeras de los servicios designados, cubriendo las prácticas basadas en evidencias para el parto normal así como para COE. También se incorporó la formación basada en competencias en anestesia para los funcionarios médicos. Se adoptó un enfoque de formación en equipo.¹⁴⁻¹⁶

La introducción de esta nueva metodología de enseñanza empezó con dos talleres regionales que reunieron a los expertos clínicos y de formación de JHPIEGO, el Programa de Prevención Materna y Discapacidad y a seis países del Asia Meridional, para revisar y darle forma final al currículo. A partir de entonces se desarrollaron varias reuniones en Bangladesh para generar el compromiso con el nuevo programa de formación de los funcionarios del Ministerio de Salud y de Bienestar Familiar, de los administradores y profesores del centro de formación, y de las organizaciones profesionales.

Hacia fines de 2002 se organizó un curso regional de formación con una duración de tres meses, dirigido a los equipos de instructores; participaron en él dos equipos de Bangladesh. La formación de instructores estuvo a cargo de JHPIEGO con instructores de alto nivel de los Estados Unidos, el Reino Unido, la India y Nepal. La formación de instructores tuvo lugar en Bangladesh, en el Hospital Médico Docente de Dhaka y el Instituto de Formación en Salud Materna e Infantil en Dhaka. El equipo de Bangladesh incluyó a dos obstetras, dos anestesiólogos y tres enfermeras de estos lugares.

Para la formación basada en competencias son esenciales el modelamiento de las habilidades y la buena calidad de cuidado en los lugares de entrenamiento. La formación de instructores incluyó tres semanas para la actualización de conocimientos y competencias y dos semanas para habilidades de formación clínica; entre las sesiones se hizo la tutoría y el seguimiento. Además, un componente importante para la implementación de este curso fue el fortalecimiento de la sede; para ello se hicieron

evaluaciones de las condiciones disponibles para la formación, a partir de listas de control de los materiales de enseñanza. Se utilizó la información para mejorar el escenario y la organización de los servicios, el uso de los protocolos estándar y las prácticas basadas en evidencias, particularmente para la aspiración manual endouterina, el parto vaginal asistido y las prácticas de prevención de infecciones, los sistemas de abastecimiento de drogas y suministros esenciales, y para un mejor flujo de pacientes.

Se introdujo el curso de formación basado en competencias para acelerar la generación de funcionarios médicos capacitados reduciendo la duración de la formación de un año a 17 semanas, con el empleo del enfoque de equipo. El objetivo era institucionalizar la formación basada en competencias. En el periodo que se reporta en este artículo se llevaron a cabo tanto el curso anual como el basado en competencias; en ellos se inscribieron funcionarios médicos y enfermeras que no habían tenido la formación previamente. Se completó tres promociones o grupos de formación durante 2003 y 2004.

El curso se inicia con tres semanas de clases teóricas sobre prácticas actuales basadas en evidencias, incluyendo la práctica de habilidades clínicas en modelos anatómicos, seguida por la práctica de competencias iniciales bajo supervisión, primero, y luego independientemente en los lugares de formación. El curso centra la atención en el conocimiento, habilidades y actitudes específicos necesarios para conducir partos normales y desempeñar funciones de COE de manera estandarizada, así como en las destrezas para la comunicación interpersonal. El curso también incluye las habilidades para desarrollar el cuidado y la evaluación básicos de un recién nacido, así como la resucitación del recién nacido. El currículo está basado en el manual de la OMS *Administración de Complicaciones en el Embarazo y en el Parto*.¹⁷ Se emplean listas de control detalladas a lo largo del curso para guiar y evaluar el desarrollo de habilidades estandarizadas, y los participantes llevan un diario a lo largo de la duración del curso. Los instructores conducen visitas de seguimiento como tutores y evaluadores de los capacitandos en los puestos de

trabajo de estos últimos durante los seis meses de duración de la formación.

El currículo de la formación basada en competencias en obstetricia es similar al curso de formación anual, excepto por la histerectomía en el periodo perinatal. El curso de un año en anestesia incluye la intubación y la anestesia general, mientras que la formación basada en competencias solo enseña la anestesia raquídea y la anestesia con ketamina junto con la administración de complicaciones y la resucitación adulta y del recién nacido.

La metodología de la formación basada en competencias ofrece un curso más estructurado y compacto en las habilidades para el cuidado obstétrico y la anestesia. Esto tiene implicancias tanto para el volumen de la formación –puesto que puede completarse varios cursos cada año– como para el tiempo en que los funcionarios médicos se ausentarán de sus puestos de trabajo asignados. Se encontró que el uso de modelos anatómicos era una herramienta efectiva para la transferencia de destrezas, y que los proveedores mostraban interés en su uso. Las listas de control paso por paso también resultaron efectivas para los procedimientos de aprendizaje y para la evaluación de las competencias. La formación conjunta de enfermeras y médicos reforzó la importancia del trabajo en equipo para responder a las emergencias. El fortalecimiento de la sede para apoyar la formación basada en competencias fue valioso para resaltar la importancia del modelado y enfrentar el déficit tales como las prácticas preventivas de infecciones y el uso de técnicas basadas en evidencias para la administración del caso.

Si bien originalmente se habían desarrollado dos equipos para la formación basada en competencias, la pérdida de dos de los tres instructores en obstetricia que fueron atraídos a organizaciones privadas, llevó a la consolidación de un solo equipo de formación. En los dos años se completaron solamente tres cursos para proveedores de servicios, debido a restricciones de tiempo de parte de los instructores, los que tenían adicionalmente otras responsabilidades en los hospitales docentes. Los instructores tendrían que estar en condiciones de dedicarle más tiempo a la formación y a las visitas de seguimiento para que el programa tenga éxito. La presencia de un elevado número de otros capacitandos en los lugares de

entrenamiento también fue un factor limitante para la práctica de competencias.

Selección de capacitandos, colocación y retención

El Gestor del Programa de Salud Reproductiva de la Dirección General de Servicios de Salud seleccionó a los funcionarios médicos para la formación mediante entrevistas; las enfermeras y los técnicos de laboratorio fueron seleccionados directamente en los servicios a los que estaban asignados y en los que se desempeñaban. Los funcionarios médicos, las enfermeras y los técnicos de laboratorio seleccionados para la formación no precisaban necesariamente haber tenido experiencia previa en COE. Los funcionarios médicos de cualquier servicio podían postular a la formación y ser transferidos al servicio designado antes de su colocación en la formación. Los funcionarios médicos y las enfermeras seleccionadas para la formación se comprometieron a servir durante un periodo determinado en los servicios designados una vez concluido el curso. El periodo vinculante fue originalmente de tres años, pero se acortó a dos años en 2002 por decisión del comité central del proyecto. No estaba permitida la transferencia de los proveedores a servicios no designados, por cuanto podrían no contar con la infraestructura y la presencia de otro personal capacitado para ofrecer COE completos. Tampoco estaban autorizados para seguir la formación de posgraduación durante el periodo vinculante.

A los capacitandos se les dio una subvención mensual, una asignación para la compra de libros, y se les cubrió los costos de viaje y de materiales de enseñanza. Una vez concluida exitosamente la formación, recibieron un certificado. La formación de un año de duración de los funcionarios médicos está reconocida por el Consejo Médico y Dental de Bangladesh. De este modo puede computarse, en un futuro, como parte de los estudios de especialización en el posgrado. Los incentivos no monetarios, tales como la preferencia en la formación en el país o en el extranjero, el premio anual y la preferencia para la educación superior estuvieron basados en el servicio satisfactorio.

Uno de los mayores desafíos en este proyecto fue atraer a más funcionarios médicos para la formación

en anestesia, así como a las funcionarias médicas para la formación en obstetricia. Menos de un cuarto de los funcionarios médicos capacitados en obstetricia fueron mujeres. Quienes deciden en la familia podrían tener la expectativa de que sea una funcionaria médica mujer quien atienda a las mujeres con complicaciones obstétricas.

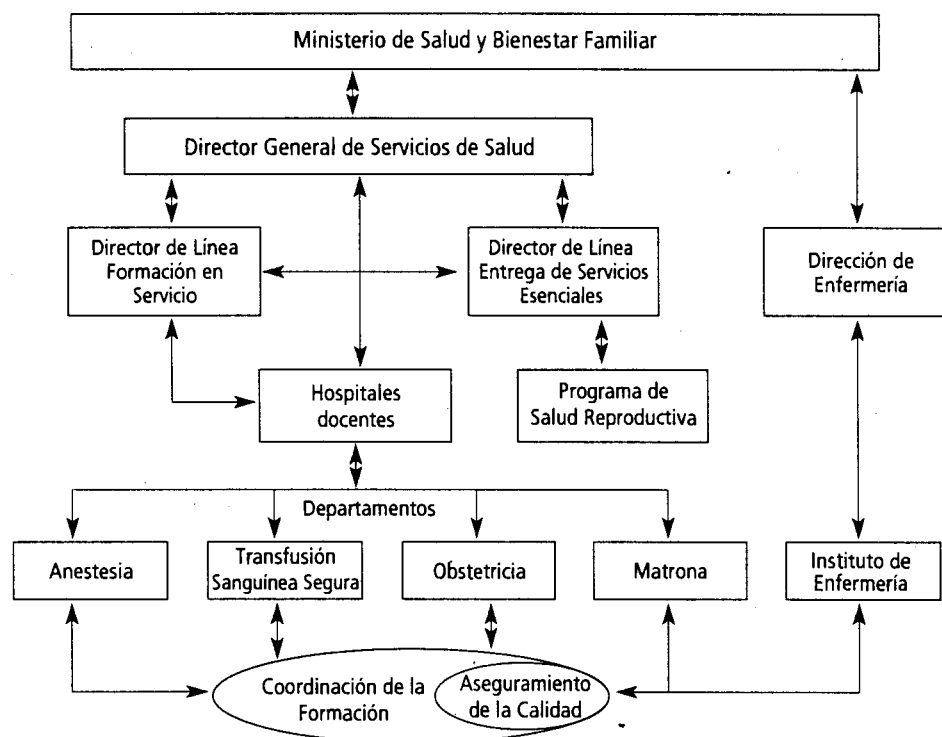
El periodo vinculante fue un desincentivo para la formación en el caso de algunos, pero es importante a nivel programático para evitar el mal uso de los recursos de formación. Una limitación común para la atracción de funcionarios médicos para la formación es el que no deseen trabajar en áreas rurales remotas. Otro factor disuasivo fue la baja moral entre el personal que trabajaba en servicios públicos congestionados y frecuentemente subequipados, así como la falta de un sendero claro en términos de los avances en la carrera luego de la formación. El trabajo en un puesto de condiciones duras como, por ejemplo, un hospital rural, generalmente no recibe reconocimiento ni es recompensado. Los incentivos ofrecidos en este proyecto ayudaron a atraer a algunos capacitandos, pero se necesita más ideas innovadoras.

La tasa de abandono global, tanto durante como luego del periodo vinculante, fue de alrededor de 35% (como 10% dentro del periodo vinculante). Se requiere de un monitoreo estricto y de un mayor compromiso para retener a los funcionarios médicos en los servicios designados, por cuanto muchos funcionarios médicos se hicieron transferir a servicios no designados en ubicaciones más deseables, o abandonaron para seguir estudios avanzados. Se halló que la cantidad de tiempo requerida para transferir a los funcionarios médicos a un servicio designado antes de la colocación para la formación era también muy extensa. El proceso de transferencia se redujo de un proceso de cinco a seis meses a uno desarrollado de dos a tres meses, con una orden de transferencia única para todos los funcionarios médicos en un grupo de formación.

La coordinación y el monitoreo de la formación

La implementación del Programa Sectorial de Salud y Población (1998), enfoque que fue adoptado por el gobierno a nivel de todo el sector para mejorar

Gráfico 1. Diagrama esquemático de la coordinación y el monitoreo de la formación



la situación general de salud del país, fue un factor clave en los avances en la coordinación y monitoreo de las actividades de formación. A nivel nacional, el Director de Línea para la Formación en Servicio de la Dirección General de Servicios de Salud estuvo a cargo de la coordinación de todas las actividades de formación. El Comité de Coordinación de Formación en cada hospital médico docente reportaba al Director de Línea. Para la implementación del proyecto, UNICEF mantenía relaciones estrechas con todos los niveles del Ministerio y con los hospitales docentes. El Gráfico 1 ilustra las conexiones entre las diferentes oficinas y departamentos involucrados.

El Comité de Coordinación de Formación coordinaba localmente las actividades de formación en cada hospital docente. El comité estaba conformado por representantes de los departamentos involucrados en los programas de formación (obstetricia, anestesia, transfusiones sanguíneas,

instituto de enfermería y la matrona del hospital), teniendo a la cabeza al director del hospital. Dicho comité designaba un punto focal para cada departamento, el cual se hacía responsable de la implementación, coordinación y monitoreo de la formación en su departamento. El comité ofrecía la oportunidad de aumentar el compromiso de los directivos de las instituciones de formación, los que, a menudo, habían sido ignorados en los planes de gerencia de las anteriores actividades de formación. El comité también aportaba oportunidades para mejorar la coordinación de la formación creando un foro para discutir los progresos y resolver los problemas. Se descentralizó la distribución de fondos de formación y materiales, colocándose ésta bajo el control del comité.

Los jefes de departamento, los puntos focales y el Comité de Coordinación de Formación en sus reuniones, revisaban periódicamente el desempeño de los capacitandos. Estos eran también evaluados

mediante exámenes escritos y orales a la mitad y al final del curso. Los informes de desempeño acumulativo eran elevados mensualmente al Director de Línea.

Varias veces al año se organizaba el monitoreo externo con colegas de nivel superior de los otros hospitales docentes para revisar la calidad de la formación. Se encontró que las visitas del monitoreo externo a todas las sedes de la formación era muy efectiva para lograr el apoyo local y la cooperación para resolver los problemas. Originalmente se planificaron tres visitas anuales, pero se llevaron a cabo tan solo dos visitas a cada uno de los hospitales docentes, haciéndose visitas extraordinarias para administrar problemas específicos.

Los comités debían reunirse una vez al mes; sin embargo, la mayoría no lo hizo regularmente, debido a la falta de iniciativa, restricciones de tiempo y ausencia de temas urgentes en la agenda. Se convocaba a las reuniones principalmente cuando se presentaban problemas.

El monitoreo posterior a la formación y las visitas de seguimiento estaban a cargo de los Equipos de Aseguramiento de la Calidad, subconjunto de los Comités de Coordinación de la Formación. Para ello se elaboraron las guías y las listas de control. Entre los instrumentos empleados para incidir en las competencias clínicas estaban la observación directa, la revisión de casos recientes y los estudios de caso preparados. Durante la visita el equipo evaluaba el desempeño de los capacitandos en los tres meses previos, y brindaba la tutoría *in situ*. También se revisaban las condiciones para atender la emergencia de las instalaciones. Los Equipos de Aseguramiento de la Calidad tenían la responsabilidad de conducir una visita de seguimiento mensual a los servicios en su área, donde estaba asentado el equipo de formación (generalmente en los hospitales subdistritales). El número de visitas a un establecimiento dependía del desempeño del equipo. En el caso de los que se había determinado que estaban desempeñándose bien, solo eran necesarias una o dos visitas de aseguramiento de la calidad; si el desempeño era deficiente, se organizaba visitas adicionales.

Esta responsabilidad planteaba sus propios retos. Si bien hubo algunas visitas en 2002 y 2003, varios de los hospitales docentes no pudieron organizar

visita alguna. Se precisa de trabajo adicional para institucionalizar las visitas de aseguramiento de la calidad como parte componente de la gerencia y de la supervisión, ambas a nivel del centro de formación y desde el nivel central.

Para facilitar las actividades de implementación, coordinación y monitoreo, UNICEF nombró un Técnico (el primer autor de este artículo) al nivel central, para ofrecer el apoyo técnico en el planeamiento, organización e implementación de todas las actividades de formación, incluyendo el desarrollo curricular. Este facilitó la selección y colocación de los capacitandos, el monitoreo de los mismos, la evaluación de las necesidades del establecimiento para la formación, el seguimiento del desempeño posformación, el apoyo a los capacitandos en los servicios designados (incluyendo la logística y el equipamiento menor), y la apreciación de las necesidades adicionales de formación. También era responsable de la negociación, de la promoción del proyecto y de la construcción de redes y coordinación entre los centros de formación y los departamentos, la Oficina de programas, los Directores de Línea y el Director General de los Servicios de Salud. El Técnico facilitó el desarrollo de guías para la capacitación de los Comités de Coordinación de la Formación y de los Equipos de Aseguramiento de la Calidad, y monitoreó sus actividades. Además, el Técnico fue responsable del desarrollo de las guías y de facilitar el planeamiento a nivel de los servicios. Adicionalmente, había 12 técnicos de campo designados para el monitoreo de un grupo de servicios dentro del área asignada. Los oficiales de campo ofrecían alguna asistencia a las actividades de formación, tales como la organización de las visitas de aseguramiento de la calidad, así como el seguimiento de los proveedores capacitados durante las visitas de rutina *in situ*.

Logros del proyecto

Bajo el proyecto, las actividades de formación tuvieron un gran avance en el mejoramiento del planeamiento y la acción oportuna. Durante los periodos previos al proyecto, un promedio de 15 funcionarios médicos (entre los de obstetricia y los de anestesia) cumplieron anualmente la formación

de un año, en comparación con un promedio de 42 funcionarios médicos por año durante los cuatro años del proyecto (incluyendo la formación basada en competencias). En el caso de las enfermeras, también mejoraron los números de la formación desde un promedio de 18 por año a 90, en tanto que los técnicos de laboratorio aumentaron de seis por año a 38. El Cuadro 1 muestra el número de miembros del personal capacitados en los diferentes programas.

La formación durante este proyecto ha ayudado a que 105 de los 120 hospitales subdistritales pasen a ser funcionales para COE – 70 comprensivos y 35 básicos. Esto se compara con la información de la línea de base de 1999, donde únicamente tres hospitales subdistritales venían ofreciendo COE comprensivos y 33 básicos, debido fundamentalmente a la falta de personal calificado y del equipamiento necesario.⁹ Entre los hospitales distritales, 53 de 59 estaban brindando COE comprensivos hacia finales de 2004, comparados con solo 35 en 1999 (Gráfico 2). Si bien la capacidad de COE en los hospitales distritales aún depende principalmente de la presencia de consultores, las enfermeras capacitadas están cumpliendo un papel central en la conducción de partos normales, identificando complicaciones y trabajando con los consultores para ofrecer servicios de emergencia.

El cambio en el estatus, de falta de funcionamiento de COE a COE básicos en funcionamiento, es solo un

paso hacia los objetivos del proyecto, pero significa una mejora en la capacidad. Un análisis de los registros del proyecto halló que en los servicios que alcanzaron el estatus de COE básicos, se había cubierto la mayoría de los insumos que no eran de formación, pero con frecuencia estaba faltando un funcionario médico, particularmente para la anestesia.

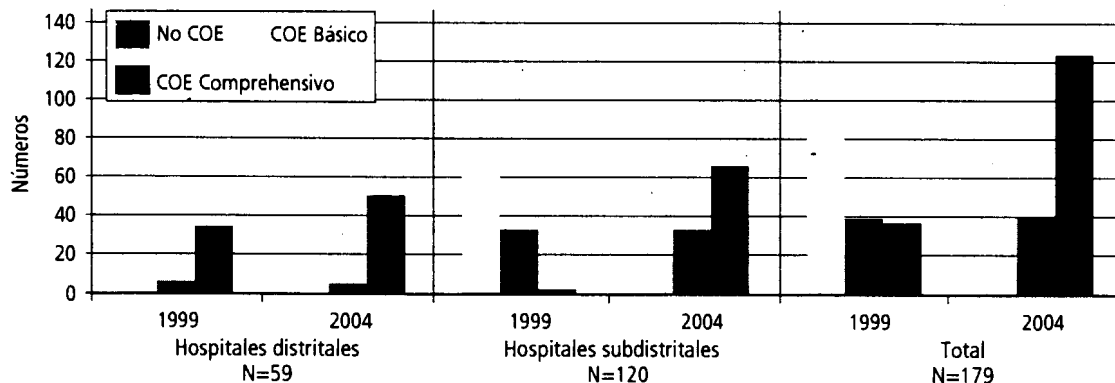
Se puede atribuir el reducido número de capacitandos que ingresaron y egresaron de los diversos cursos en 2004 a diversos factores. Para los funcionarios médicos, los puestos en los establecimientos más deseables y de fácil acceso ya estaban cubiertos, y había menor interés en puestos ubicados en establecimientos remotos.

En el curso basado en competencias, la restricción básica fue el número de cupos por curso. Con una sola sede ofreciendo el curso, había cupos para entre 12 y 15 funcionarios médicos y enfermeras, o de 4 a 5 equipos. Adicionalmente, los límites contractuales llevaron a la pérdida de personal del cuerpo del proyecto responsable de administrar el reclutamiento y la implementación de la formación. También disminuyó el financiamiento del proyecto en 2004; una extensión de los costos hizo posible la continuación de las actividades del proyecto más allá de la fecha original de finalización establecida para mediados de 2004, aunque con un nivel de reducción muy grande.

Cuadro 1. Cuidados obstétricos de emergencia: cantidad de personal calificado

Categoría	1993 - 1998	2001	2002	2003	2004	Total 2000 - 2004
Funcionarios médicos (un año)						
Obstetricia	45	16	18	40	5	79
Anestesia	47	16	10	25	12	63
Enfermeras (cuatro meses)	107	77	115	96	52	340
Formación basada en competencias (17 semanas)						
Obstetricia	-	-	-	4	10	14
Anestesia	-	-	-	3	9	12
Enfermeras	-	-	-	6	15	21
Técnicos de Laboratorio	35	30	59	23	39	151
Gerentes	-	26	42	75	0	143
Total	234	165	244	272	142	823

Gráfico 2. Estatus de los cuidados de emergencia obstétrica en los servicios designados: 1999 y 2004



Costos de la formación

Los costos directos, tales como los honorarios de los instructores, los viajes y las asignaciones diarias de los capacitandos, las asignaciones para libros, los materiales de enseñanza, los gastos relacionados con la puesta a punto de los establecimientos, el monitoreo y la tutoría *in situ* fueron cubiertos por el proyecto. Los costos por capacitando fueron, aproximadamente, de US\$ 1,550 por un año en el caso de los funcionarios médicos, US\$ 1,020 para la formación basada en competencias de duración de 17 semanas, US\$ 340 para las enfermeras y US\$ 140 para los técnicos de laboratorio. El grueso del costo de los COE y de la formación está vinculado a los salarios y a otros costos afrontados por el gobierno, tales como salarios de los instructores, de los funcionarios médicos, de las enfermeras, de los técnicos de laboratorio y de personal gubernamental del proyecto, así como de la infraestructura y la logística relacionada con la sede de la formación. Está más allá del ámbito de este artículo hacer un análisis más detallado de costos.

Discusión

Las necesidades de recursos humanos de este proyecto fueron considerables. Una parte importante de los logros del proyecto fue el contar con un gran número de funcionarios médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio capacitados. No obstante, todavía hay un largo camino por

recorrer para alcanzar una buena calidad y la atención de COE de 24 horas en todos los servicios designados. En efecto, si los establecimientos van a empezar a brindar, en algún momento, atención durante las 24 horas los siete días de la semana, serán necesarios más proveedores calificados. Las metas iniciales de este proyecto tenían por objetivo contar con dos funcionarios médicos capacitados en cada servicio, trabajando 40 horas semanales, viviendo en la sede y respondiendo a una emergencia en cualquier momento. Esta no es una base realista para la atención de 24 horas, y no aborda la cobertura cuando el médico sale de licencia, está enfermo o es convocado a reuniones. Una meta más realista para la cobertura de 24 horas requeriría contar, por lo menos, con cuatro funcionarios médicos (dos para obstetricia y otros tantos para anestesia) tanto en los hospitales subdistritales como en los distritales (los consultores de los hospitales distritales también precisan de un refuerzo para la atención de 24 horas). Esto representa un aumento de tres veces con respecto a la meta vigente para los funcionarios médicos. Se necesitará entrenar a un total de 834 funcionarios médicos para cumplir con la meta actual y para avanzar hacia el cuidado de 24 horas. La meta de este proyecto de tener cuatro o cinco enfermeras con competencias obstétricas por servicio puede ser suficiente para proveer una atención de 24 horas por rotación; pero para fines

Cuadro 2. Recursos humanos necesarios para los establecimientos de cuidados de emergencia obstétrica designados para alcanzar las metas actuales y para la atención de 24 horas

Establecimientos objetivo	Proveedores de salud	Meta del proyecto	No. de personas capacitadas 2000-2004	No. requerido para cumplir con la meta actual	No. adicional sugerido para la atención de 24 horas
120 hospitales subdistritales	Todos los funcionarios médicos	336	168	168	336
	Obstetricia	168	93	75	168
	Anestesia	168	75	93	168
	Enfermeras	480	249	231	-
59 hospitales distritales	Todos los funcionarios médicos	-	-	-	330
	Enfermeras	295	112	183	-

a La meta del proyecto incluyó un 40% de reserva para afrontar la pérdida o transferencia de los funcionarios médicos. Esta reserva también se emplea en el cálculo de las necesidades adicionales de formación para las 24 horas.

de 2004 el proyecto solo había alcanzado el 47% de esta meta (Cuadro 2).

Con la capacidad de entrenamiento actual, tomaría otros 20 años –con un resultado anual de 40 funcionarios médicos egresados– obtener el número deseado para la atención de 24 horas, apuntando principalmente al personal médico existente a través de la formación en servicio. Sin embargo, si la formación basada en competencias de 17 semanas de duración pudiera ampliarse incorporando a otras instituciones de formación, el tiempo requerido se reduciría notablemente. Para la extensión y sustentabilidad de este curso será necesario retener y motivar a los instructores y hacer de la formación parte constitutiva de sus tareas, así como dotarlo de fondos suficientes. Existe un mecanismo gubernamental para cubrir los costos de viajes y los gastos diarios del personal, pero la cantidad es insuficiente para animar al personal a participar en la formación y organizar el monitoreo y las visitas de aseguramiento de la calidad *in situ*. Otros factores incluyen el atraer a más funcionarios médicos a la formación, y retener a los funcionarios médicos en los establecimientos rurales. Podría incluirse el reconocimiento del trabajo en ubicaciones difíciles en los paquetes de beneficios, entre los incentivos para el avance profesional y otros, para atraer y retener a los funcionarios médicos en los servicios designados.

Generalmente hay cantidades suficientes de funcionarios activos en el sistema público para cumplir con las metas arriba señaladas, pero la distribución de los funcionarios médicos entre los servicios urbanos y rurales, y la retención de los mismos en los puestos rurales, deben mejorar. Dado el ámbito nacional del proyecto, un camino más sólido que la búsqueda de interés en la formación puede ser requerir para los funcionarios médicos la formación en competencias en el servicio para los COE. La delegación de una gama más amplia de procedimientos a las enfermeras capacitadas, tales como la extracción manual de la placenta, la extracción de los tejidos retenidos y el manejo de la hemorragia posparto, podrían ser de ayuda para redistribuir la carga de trabajo dentro de los servicios y podría evitar las muertes maternas allí donde no están disponibles los funcionarios médicos capacitados.

A largo plazo, las competencias cubiertas durante la formación en servicio deben incorporarse en la formación previa al servicio; por ejemplo, en el internado de los médicos recién graduados. Dado que los funcionarios médicos generales y las enfermeras son los principales proveedores de atención de la salud en los establecimientos rurales, particularmente en los hospitales subdistritales, las habilidades obstétricas deberían convertirse en parte esencial de su formación básica. Ello hará necesaria

una campaña para el cambio consistente entre profesores y diseñadores de políticas.

En el curso de este proyecto surgió la necesidad de protocolos basados en la evidencia para estandarizar la práctica; y los protocolos desarrollados durante el mismo están actualmente siendo revisados por el gobierno. Ciertamente queda mucho por hacer para mejorar la atención en los hospitales docentes, así como en los hospitales distritales y subdistritales. Los estándares clínicos son un instrumento importante para evaluar las habilidades clínicas, así como la calidad del cuidado. El modelado de la atención de buena calidad es crucial durante la capacitación, de modo que estas prácticas sigan vigentes en los servicios rurales. Esta fue otra razón para introducir la formación basada en competencias. La integración de las prácticas basadas en la evidencia para mejorar la calidad del trabajo rutinario requiere de una campaña permanente entre profesionales, instructores y médicos principales.

Este proyecto contribuyó a mejorar la disponibilidad de servicios de COE en Bangladesh, así como el sistema de gestión de la formación. Se halló satisfactoria la formación de todas las categorías de proveedores de servicio. El compromiso de las autoridades administrativas del nivel superior fue esencial para la coordinación y monitoreo. Finalmente, el proyecto asistió al gobierno en el cumplimiento de elementos de los objetivos del Programa Sectorial de Salud, Nutrición y Población.

Sin embargo, se necesita más proveedores de COE capacitados para reducir la pesada carga de la mortalidad materna en Bangladesh, y para lograr el nivel deseado de disponibilidad de COE. De hecho, se añadieron 12 hospitales subdistritales a la lista

de servicios designados en 2005. Se condujeron cursos de formación en 2005, y se tomó la iniciativa para ampliar la formación basada en competencias a tres sedes de formación adicionales. UNICEF ha continuado brindando su apoyo a las actividades del proyecto a través de sus fuentes de financiamiento regulares, y ha estado trabajando con el gobierno de Bangladesh para generar un compromiso continuo para alcanzar la sostenibilidad del proyecto. Son claras las ventajas del curso de formación basado en competencias; pero la continuidad en la implementación de ésta y otras iniciativas para el desarrollo de recursos humanos precisarán de un mayor compromiso y apoyo de los instructores y de los departamentos de formación, de los diseñadores de política y los gestores, así como de los socios en el desarrollo.

Agradecimientos

Los autores desean hacer el reconocimiento del apoyo del Programa de Prevención de la Salud Materna y de la Discapacidad (AMDD, por sus siglas en inglés), de Columbia University, y la Bill and Melinda Gates Foundation, así como del apoyo técnico de la Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional, JHPIEGO y AMDD. Nuestros agradecimientos al Dr. Dileep Mavalankar, Consejero de Gerencia del AMDD y Profesor Asociado del Indian Institute of Management, Ahmadabad, por su estímulo continuo para que este artículo fuera escrito. Nuestras gracias sinceras al Dr. Iftekhar Hossain por sus valiosos comentarios y sugerencias, los que han enriquecido notablemente esta presentación.

Traducción: Sandra Vallenias

Referencias

1. National Institute of Population Research and Training, ORC Macro. Bangladesh maternal health services and maternal mortality survey 2001. Dhaka NIPORT, 2002.
2. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2001. New York UNICEF, 2001.
3. UNICEF, WHO, UNFPA. Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva World Health Organization, 2004.
4. Haque YA, Mostafa G. A review of the emergency obstetric care functions of selected facilities in Bangladesh. Dhaka UNICEF, 1993.
5. Maine D. Safe Motherhood Programmes: Options and Issues. New York Centre for

- Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1993.
6. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. Project Report: Pilot Project for Maternal and Neonatal Health Care. Dhaka Directorate General of Health Services, 1998.
 7. Gill Z, Ahmed JU. Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004;85:213-20.
 8. Bangladesh Bureau of Statistics. Official Statistics: Data Sheet -1999 Dhaka: Ministry of Planning. At: [bwww.bbsgov.org](http://www.bbsgov.org). Accessed 9 January 2006.
 9. Khan MSH, Khanam ST, Nahar and use of emergency obstetric care services in Bangladesh. Dhaka Associates for Community and Population Research, October 2001.
 10. Islam MT, Hossain M, Islam MA, et al. Improvement of coverage and utilisation of EmOC services in South-Western Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;91(3):298-305.
 11. UNICEF. Women's Right to Life and Health: Accelerating Efforts to Reduce Maternal Deaths and Disability in Bangladesh. A collaborative initiative of the Government of Bangladesh, UNICEF and Columbia University. Dhaka UNICEF, 2000.
 12. UNICEF,WHO, UNFPA.Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York UNICEF, 1997.
 13. Research Evaluation Associates for Development (READ). Report on post-training evaluation of medical officers, nurses and lab technicians on emergency obstetric care. Dhaka READ, 2004.
 14. Sanghvi H. Training district emergency obstetric care teams: strategy for maximising investment in training. Competency-based training strategy paper. Baltimore, 2001.
 15. JHPIEGO, AMDD. Emergency Obstetric Care for Doctors and Midwives: Course notebook for trainers and participants. June 2003. At: [bhttp://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2obs_care/EmOC/index.htm](http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2obs_care/EmOC/index.htm) Accessed 11 January 2006.
 16. JHPIEGO, AMDD. Anaesthesia for emergency obstetric care. June 2003. At: [bhttp://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2obs_care/AEmOC/index.htm](http://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2obs_care/AEmOC/index.htm) Accessed 11 January 2006.
 17. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva WHO, 2003.