

PRIORIDADES PARA EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN LA ASISTENCIA NEONATOLÓGICA

Dr. Miguel Larguía

Jefe de División Neonatología. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

INDICE

- I. Creación de una Región sanitaria con la inclusión del Gran Buenos Aires.
- II. Fusión de Servicios de alta complejidad.
- III. Cobertura y capacitación del recurso humano crítico: Enfermería.
- IV. Modificación de los organigramas de conducción y redistribución de las horas médicas.
- V. Unificación de la Residencia Médica postbásica en Neonatología.
- VI. Vademécum único de medicamentos e insumos.
- VII. Registro Epidemiológico unificado y auditoría continua de resultados perinatales.
- VIII. Implementación del programa “Maternidades Centradas en la Familia” y de la iniciativa “Hospital amigo de la Madre y del Niño” de Unicef MSP.
- IX. Aplicación y auditoría de las Normas Nacionales de atención Perinatal.
- X. Evaluación y remodelación funcional de los Centros Perinatológicos.
- XI. Acreditación de la Especialidad.
- XII. Elaboración de encuestas de satisfacción y necesidades de la Población.
- XIII. Educación preconcepcional y planificación familiar.

I. Creación de una Región sanitaria con la inclusión del Gran Buenos Aires

La Ciudad de Buenos Aires tiene límites definidos: Avenida General Paz, Riachuelo y Río de la Plata. Sin embargo desde un punto racional se continúa con el Gran Buenos Aires para sumar 12 millones de personas y 250.000 recién nacidos cada año. Planificar su asistencia en forma separada es ignorar la realidad y desconocer los beneficios de la regionalización y de sumar presupuestos, recursos humanos y equipamiento en niveles progresivos de complejidad con énfasis en la Medicina Preventiva. Anticipatoria, Primaria, control Prenatal en fin.

Los Centros Perinatológicos de la Ciudad de Buenos Aires asisten una población perteneciente mayoritariamente (60-70%) a la Provincia de Buenos Aires sin coordinación alguna, sin apoyo presupuestario ni control de gestión, por derivación no programada, siguiendo proximidad geográfica. Los resultados de la asistencia, si bien mejores a los de gran parte del país no son satisfactorios según estándares comparables.

La creación de una región sanitaria no requiere consenso porque preexiste sino de una fuerte decisión política, crónicamente postergada por razones también políticas, de difícil comprensión en el marco del sentido común aplicable a Argentinos.

La región sumaría los beneficios mencionados y permitiría aplicar con rapidez las recomendaciones de todos los organismos internacionales y aún de los propios (Ministerio de Salud Pública).

II. Fusión de Servicios de alta complejidad

La regionalización de la asistencia Perinatológica en las grandes ciudades con alta densidad de pobla-

ción y gran número de Recién Nacidos exige una asistencia primaria periférica para llevar a cabo las acciones de educación y control prenatal universal precoz, integral y adecuado. Por su parte, tratándose precisamente de ciudades con concentración de las personas y sin vallas naturales o de transporte o de comunicación, los Centros Perinatológicos deben ser todos de máxima complejidad y estar estratégicamente distribuidos. Deben asistir por lo menos 3.000 partos anuales, mejor aún 5 a 7.000 para justificar las inversiones destinadas a la necesaria optimización de sus acciones.

Para cumplir este objetivo los Centros Perinatológicos deben ser el resultado de fusiones de servicios para sumar recursos humanos, de equipamiento y de infraestructura para lograr eficiencia y eficacia. Este paso fundamental que nivela hacia arriba y garantiza alta complejidad para todos los embarazos y partos y Recién Nacidos normales y especialmente para aquéllos con patología anticipada o imprevista. La fusión no implica el cierre de Servicios sino la suma de recursos y la definición de perfiles en los Hospitales. Los Centros Perinatológicos funcionarán en Red con sistemas de Registros Epidemiológicos informatizados y con normas y protocolos para la evaluación estadística y científica de los resultados. Conocimiento que permite reajustar las políticas sanitarias.

III. Cobertura y capacitación del recurso humano crítico: Enfermería

La asistencia perinatólogica y muy específicamente la de RN prematuros y enfermos es de una exigencia elevadísima y ampliamente reconocida. Si bien son muchos los agentes de salud involucrados en su cuidado incluyendo todas las especialidades de la Medicina, enfermería es el recurso humano crítico en Neonatología. Los RN sanos y enfermos requieren el mejor nivel asistencial las 24 horas de todos los días del año. Regular es sinónimo de mal y la tarea de Enfermería es indelegable aún reconociendo el rol protagónico de los padres. El número de enfermeras en la región sanitaria Buenos Aires es notoriamente insuficiente. También es inadecuada la relación enfermería con categoría auxiliar y aquellas con título Universitario y licenciaturas. Más grave aún, el ausentismo encubierto, es altísimo.

Este problema inevitablemente se refleja en los resultados perinatales, tanto los más crudos como

sobrevivida, como los que evalúan morbilidad.

La solución de este ya impostergable problema comienza con la propuesta ya enunciada de fusionar los Servicios. Pero esta recomendada acción no será suficiente.

Necesariamente las Escuelas de Enfermería deberán formar y capacitar los futuros candidatos al título de Enfermería y a las Especialidades Perinatológicas-Neonatólogicas, en los Centros Perinatológicos con Recursos humanos multidisciplinares para la Docencia e investigación.

Luego la capacitación progresiva será por una jerarquización económica contemporánea y dinámica acorde con cada acreditación.

IV. Modificación de los organigramas de conducción y redistribución de las horas médicas

Los Centros Perinatológicos exigen una actitud solidaria y humanizada como definiremos en la conceptualización de "Maternidades Centradas en la Familia". Pero además en la era del "Managed care" debieran ser organizados y dirigidos como empresas (de Servicio) con un adecuado gerenciamiento que garantice resultados en la gestión con eficiencia y eficacia.

Los Organigramas de conducción actuales ofrecen todo lo contrario, con sistemas de incomunicación entre múltiples jefaturas paralelas a lo largo de mesetas de poder, expresión de incoordinación y alienación. No hay información de resultados ni auditorías de gestión. Los agentes de salud y sus jefaturas, como dijimos, paralelas, no participan de la decisión de políticas o de proyectos hacia la búsqueda de la calidad.

Es necesario una racional reorganización con jefaturas coordinadas, con objetivos compartidos y reevaluación dinámica y multidisciplinaria de resultados en forma continua y contemporánea.

Los liderazgos tendrán que ser circulares en búsqueda de la interacción y de definir responsabilidades compartidas.

Para ello será necesario además replantear la designación de horas de trabajo entre los agentes de salud con jerarquización por prioridades. Como acción complementaria deberá efectuarse una redistribución horaria para una mejor cobertura día-noche y durante fines de semana y feriados.

V. Unificación de la Residencia Médica postbásica en Neonatología

La formación Médica está en crisis y es motivo de un debate de público conocimiento desde hace años. Más grave aún, no se vislumbra una solución satisfactoria inmediata ni tampoco proyectos a más largo plazo.

A esta realidad se suma que sólo unos pocos pueden acceder al ingreso a las Residencias Médicas de Postgrado para adquirir una verdadera formación integral en conocimiento y capacidades.

Desde el punto de vista de la problemática de los Centros Perinatológicos de la futura Región Sanitaria Buenos Aires, es fundamental contar con un recurso humano capacitado ya que todos los Centros, por definición, serán de máxima complejidad.

La Neonatología, por ejemplo, es una especialidad de la Clínica Pediátrica.

Por ello las Residencias Médicas dedicadas a brindar este conocimiento se denominan Postbásicas y estamos de acuerdo que así sea.

El Médico Neonatólogo es primero y para siempre Médico Pediatra.

Nuestra propuesta pretende enfatizar que se necesitarán muchos y muy capacitados especialistas en Neonatología para obtener los resultados deseables. Para ello además de fusionar Servicios, se deberán fusionar las atomizadas Residencias Médicas en Neonatología. Una única Residencia postbásica, con un único programa de formación, con rotaciones inteligentes según el perfil de cada Centro Perinatológico es la propuesta. Necesario y posible.

VI. Vademécum único de medicamentos e insumos

Definimos a los Centros Perinatológicos fusionados con más de 3.000 partos anuales de la región sanitaria como de máxima complejidad, ya que no se justifica por su condición urbana con alta densidad poblacional de niveles intermedios con los centros periféricos o primarios. Este nivel asistencial es exigente, especialmente en Neonatología, en insumos, medicamentos, material descartable, elementos de limpieza, ropa, etc.

Los centros trabajando en red suman presupuestos económicos muy elevados para la adquisición de estos diferentes elementos “consumibles”, precisamente la magnitud de ese gasto permitiría ser

“formadores” de precios significativamente menores que los actuales, que resultan de compras parciales y de diferentes ofertantes. Muchas veces se compran elementos más baratos pero de mala calidad que los hace inservibles o de mayor consumo; más costosos al fin.

La redacción de un vademécum con la selección de medicamentos e insumos seleccionados por su calidad y por precio, con un cálculo de su consumo anual según número de partos u otras variables, haría racional su compra. Permitiría además comparar marcas y ofertas con rápida evaluación e información compartida en la red.

Finalmente se ahorraría tiempo y se podría auditar un gasto en salud muy importante.

VII . Registro Epidemiológico unificado y auditoría continua de resultados perinatales

La información actualizada y universal es esencial para la definición de prioridades y para la adopción, modificación y corrección de políticas sanitarias. Es imposible programar y/o consensuar acciones, elaborar presupuestos y organizar la red de Centros Perinatológicos fusionados de la región sanitaria Buenos Aires sin datos contemporáneos y confiables.

Existen Sistemas Informáticos Perinatales modernos (SIP del CLAP y Agustina de Epsom) que, si son realizados dinámicamente por toda la red, sin subregistros ni errores, permiten conocer realidades de fuerte impacto. Edad Materna, Paridad, Presentación, Terminación, Pesos Maternos y Neonatales, Patología del embarazo y del Recién Nacido, etc.; son datos que permiten aplicar técnicas de la Epidemiología para conocer prevalencias, factores de riesgo, tendencias y otras muchas esenciales para la conducción del sistema para hacerlo eficiente y eficaz.

El conocimiento de los resultados perinatales en forma continua y luego acumulada incluyendo no solamente puntos finales crudos tales como mortalidad, prematuridad, promedio de días de internación, etc., sino también los resultados en calidad de sobrevivencia es materia indiscutible para la red.

La reiteración de resultados no deseables es evidencia de la necesidad de cambios. La ausencia de información es evidencia de negación de la realidad. Un presupuesto específico es mandatorio.

VIII. Implementación del programa "Maternidades Centradas en la Familia" y de la iniciativa "Hospital Amigo de la Madre y del Niño" de Unicef-MSP

Los Centros Perinatológicos asisten mayoritariamente una población sana representadas por mujeres embarazadas. Esta condición, expresión de familia, base estructural de la sociedad, las convier- te en un grupo de máximo y responsable cuidado para la comunidad.

Así entendido las Maternidades deben ofrecer una planta física con ambientación hogareña y una organización que reconozca en ellas y en sus hijos antes y después de nacer a los verdaderos dueños de casa.

Aún aquellas embarazadas con patología y/o con sus hijos prematuros o enfermos, también merecen esa concepción filosófica y asistencial que proteja el vínculo y apego Madre-Hijo con activa participación de la Familia.

Esta concepción no implica inversiones costosas ni elevados presupuestos de mantenimiento sino un cambio de actitud. Agentes de Salud en interacción sinérgica en función de servicio para la satisfacción

de las protagonistas Madres-Hijos-Familia para fortalecer la autoestima de una población vulnerable a interferencias institucionales.

Maternidades Centradas en la Familia y Amigas de la Madre y del Niño para la promoción, respeto y protección de la Lactancia Materna son exigencias no postergables en cualquier propuesta.

IX. Aplicación y auditoría de las Normas Nacionales de Atención Perinatal

El Ministerio de Salud Pública de la Nación ha redactado con expertos de Sociedades Científicas normas para la asistencia de embarazos del alto riesgo y Recién Nacidos sanos Patológicos.

Su actualización es recomendable pero en cambio es exigible sin más postergaciones su cumplimiento en todo el país y en la región Sanitaria Buenos Aires muy especialmente por su densidad poblacional.

Aplicadas con criterio y con registros confiables podrán ser evaluadas como herramienta asistencial y modificadas si corresponde.

Este cumplimiento de las normas Nacionales tie-

Costos aproximados de la prematuridad argentina.

Recién Nacidos vivos en Argentina en 1 año	\$ 689.000
Recién Nacidos vivos < 1.500 g. en 1 año (%)	1
Recién Nacidos vivos < 1.500 g. en 1 año (n)	6.890
Costo promedio aproximado de internación	\$ 11.000
Costo total en el alta de todos (sobrevivida 100%)	\$ 75.790.000
Mortalidad en la primer semana (%)	40
Número absoluto de fallecidos en la primer semana	2.756
Costo de los fallecidos en la primer semana	\$ 5.787.600
Mortalidad general en < 1.500 g. (%)	50
Número absoluto de fallecidos	3.445
Número absoluto de egresados vivos	3.445
Costos totales (vivos más fallecidos)	\$ 43.682.600
Costos de los egresados vivos	\$ 37.895.000
Porcentaje de nacimientos de RN < 1.500 g. en el sector público	80
Costos en el sector público (total)	\$ 34.946.080

ne que ser ejemplo de disciplina y por ende corresponde su auditoría continua y retrospectiva.

Imposible progresar y mejorar en calidad asistencial sin formas de asistencia comparables y en evaluación dinámica.

Los Centros Perinatológicos funcionan en red, con criterios comunes y sistemas informáticos similares. El gran número de personas asistidas permitirá rápidas conclusiones para corregir o ampliar normativas con metodología de Investigación adecuadas y estadísticas apropiadas las normas estarán basadas en la evidencia.

X. Evaluación y remodelación funcional de los Centros Perinatológicos

Efectuar una evaluación integral de los Centros Perinatológicos fusionados para poder exigir alta complejidad y la concepción de centralizar la atención en las Familias es otra prioridad.

Esta evaluación debe incluir planta física, equipamientos, mantenimiento y muchos otros aspectos incluso con la definición de recursos limitantes de obligatorio cumplimiento. Todos los Centros deben alcanzar los estándares apropiados y pretender obtener los máximos.

Los Servicios de Neonatología deben garantizar superficies adecuadas, todos los Sectores de Apoyo y la tecnología en adecuación ambiental, control de ruido y luz, instalación eléctrica, gases medicinales, etc. Los materiales de las construcciones deben asegurar durabilidad, fácil limpieza y mantenimiento accesible. La participación activa de las familias, la permanencia de madres, visita de abuelos y hermanos debe ser posible y estar facilitado por el diseño, la circulación, etc.

El Centro Obstétrico debe incluir la modalidad de salas únicas para el trabajo de parto, parto y recuperación, incluyendo también una ambientación hogareña.

Las Maternidades en fin, no se parecerán más a Hospitales pero funcionarán para preservar el derecho a la vida.

XI. Acreditación de la Especialidad

Definimos a Neonatología como una Especialidad de la Clínica Pediátrica de gran exigencia en su formación teórica y fisiopatológica. También impli-

ca la adquisición y práctica de habilidades para ejecutar procedimientos propios de la Terapia Intensiva Neonatal.

Esta especialidad requiere por lo tanto acceder a un sistema de formación integral llamado Residencia Médica Postbásica que incluso hemos propuesto que sea unificada siempre con la concepción de sumar esfuerzos y unificar criterios.

Cursada la Especialidad Médica, ésta debe ser acreditada por exámenes a cargo de un ente único necesariamente constituido por la Sociedad (Científica) de Pediatría con su reconocido Tribunal de Evaluación Pediátrico.

La acreditación tampoco es el final del proceso formativo sino la condición para ingresar a los Programas de Educación Continua de la Red de Centros Perinatológicos fusionados.

Las progresivas certificación justificarán la jerarquización económica de los agentes de salud y se reflejarán en una constante mejoría de los resultados Perinatales.

XII. Elaboración de encuestas de satisfacción y necesidades de la población

La malformada concepción filosófica de médicos entrenados para curar, con omnipotencia y a veces soberbia, tiene como una de sus muchas negativas consecuencias, el hecho que desconocemos lo que la gente quiere que se haga y sobre todo lo que no quiere que se les haga.

Embarazadas y sus hijos, vulnerables, postergados, cautivos de hospitales públicos “gratuitos” (para nada lo son), crónicamente sometidas al maltrato institucional, pleno de interferencias, son incapaces de protestar, reclamar o expresar sus necesidades.

Corresponde pues que sociólogos, expertos en comunicación y otros muchos con experiencia de acciones solidarias mediante entrevistas, encuestas, talleres y visitas domiciliarias nos hagan conocer las formas de ayuda, de comprensión y de acción para los verdaderos beneficiarios (hoy sufridos “pacientes”) de la red de Centros Perinatológicos.

Enunciados teóricos se convertirán en prácticas que con objetivos válidos para los nuevos “dueños de casa” en las Maternidades Públicas, harán de éstas una extensión del hogar. Por fin justificaremos la “Institucionalización del parto”.

XIII. Educación preconcepcional y planificación familiar

La responsabilidad principal de un Centro Perinatológico es la asistencia integral de la mujer embarazada y de su hijo antes y después de nacer. En este último aspecto a través de su Servicio de Neonatología.

Sin embargo esta propuesta sería incompleta si no enfatizara la importancia de la educación preconcepcional para la prevención de graves problemas tales como el embarazo de adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual, los déficits nutricionales, la prevención de algunas malformaciones y muchos otros más. En el progreso de las

personas la Educación juega un rol esencial para el desarrollo de sus potenciales, integración familiar e inserción laboral.

Los Centros Perinatológicos deben además formar parte de los programas de procreación responsable en defensa de las estructuras familiares, base de las sociedades.

También deben informar las alternativas de planificación familiar y ofrecer, previa instrucción, los sistemas anticonceptivos que las personas reclamen con los controles que correspondan.

Educación preconcepcional y procreación responsables son las acciones impostergables para enfrentar el problema del aborto, principal causa de muertes maternas en nuestros país.

***Me interesa el futuro
porque allí estaré el resto de mis días.***

MAQUIAVELO