



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (2): 34-38

Regionalización de los recursos perinatales en Latinoamérica

Factibilidad de la regionalización por niveles de atención. Implementación del primer nivel de referencia.

JOSE PACHECO

Introducción

Las condiciones sociodemográficas y económicas de América Latina están caracterizadas por recursos escasos y facilidades sanitarias poco satisfactorias. En circunstancias óptimas, 990 de cada 1000 embarazos que llegan al séptimo mes de gestación concluyen con un recién nacido y una madre sanos. Mientras tanto, en países en vías de desarrollo, una de cada 50 mujeres muere como consecuencia del embarazo, parto y puerperio, a comparación de una de cada 2700 en países desarrollados¹. América Latina ha asumido con las Naciones del Mundo el compromiso de Salud para Todos en el año 2000⁸ y la reducción de la mortalidad materna e infantil¹⁰. Sin embargo nuestra región ve que esta meta está aún distante y las tasas de morbimortalidad materna y perinatal, útiles indicadores del estado de salud de un país, mejoran con suma lentitud^{12,13}.

Las características demográficas en América Latina, son las siguientes⁹:

- Tasa de fecundidad 120/1000
- Tasa de natalidad 30/1000
- Tasa de mortalidad materna 100/100 000
- Muertes maternas 1980-2000 1 000 000
- Población urbana 75%
- Población rural 25%

Estas cifras regionales son muy diferentes y no favorables frente a las de países europeos, norteamericanos y algunos del Asia.

Indicadores Demográficos del Perú

En el Perú, los indicadores demográficos del año 1992 y del Censo de 1993 son los siguientes^{4,11}:

Población total (en millones)	22,5
Población urbana (%)	70,0
Tasa de crecimiento de la población	2,0
Tasa de fecundidad	3,5
Tasa de fecundidad	3,5
No medio niños n.v. de mujeres 40-49 años	5,1
Años para que se duplique la población	35,0



Tasa de natalidad (por 1000 habitantes)	29,1
Tasa de mortalidad (por 1000 habitantes)	7,6
Tasa de mortalidad materna (%ooo n.v.)	261,0
Tasa de mortalidad infantil (%oo)	55,0
Tasa de mortalidad perinatal (%oo n.v.)	3,0
Esperanza de vida al nacer (años)	64,3

Observamos en el Perú la variación favorable de varios indicadores. Si bien la población total ha aumentado a 22,5 millones y es ahora principalmente urbana, por otro lado, la tasa de crecimiento de la población y la tasa global de fecundidad han disminuido desde 1988⁴, la mortalidad infantil ha decrecido de 880/00 a 550/00, -por mejor manejo de la infección de la vía respiratoria, la diarrea y las enfermedades inmunoprevenibles, y la mortalidad materna muestra una tendencia a disminuir.

Sin embargo, al visitar nuestros hospitales, centros y postas médicos, al conversar con los profesionales de salud y al recorrer las diversas y mal conectadas regiones geográficas del Perú, nos damos cuenta que los recursos materiales de salud, la capacitación profesional y las comunicaciones distan de ser óptimas. Así mismo, la población del Perú aún no ha tomado conciencia de su rol en el autocuidado de la salud.

Infraestructura Sanitaria

El Censo de Infraestructura Sanitaria DEI-MINSA 1992³ registra 4361 establecimientos de salud en el Perú, perteneciendo 4073 al sub sector público. De los 427 hospitales, 242 pertenecen al sub sector público y de los 2903 puestos de salud, sólo 14 son del sector no público. Existe gran concentración de hospitales en la Lima capital y el vecino puerto del Callao, producto de la centralización económica política y social, principalmente del sector privado. Los Centros de Salud y Puestos de Salud no guardan relación con el nivel de morbilidad, demanda de atención y localización geográfica de la población. De 24202 camas arquitectónicas, funcionan 23044, siendo 18251 del subsector público, 65% de ellas del Ministerio de Salud. Del total de camas, 12% corresponden al servicio de obstetricia, 5% a ginecología y 16% a pediatría. De las 8881 camas especializadas, el 18% son camas de trabajo de parto. El equipamiento, mantenimiento y conservación de la planta física es insuficiente y 40% de los establecimientos tienen deteriorada su capacidad física instalada⁷.

Al evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil⁵ los puestos de salud calificaron como nivel precario y los centros de salud como nivel aceptable. En cambio, en los servicios de hospitalización, los de consulta externa califican como nivel aceptable y los de internamiento, nivel precario.

Recursos Humanos y Económicos en el Perú

Con respecto a los recursos humanos, hay alrededor de 12464 médicos de planta, 1856 contratados y 1977 residentes, sumando un total de 16297. El 48% (4336) son médicos generales, 9% (1569) médicos ginecobstetras y 9% (1514) pediatras. De 19891 otros profesionales de salud, el 11 % (2286) son obstetrices y 55% (11044) enfermeras. Más del 50% de este personal se concentra en Lima y Callao⁷.

Eficiencia de los Servicios de Salud Materno Infantil Por Tipo de Establecimiento- 1988		
Tipo de establecimiento	Valor global	Valores
Puestos de salud	56	28- 82
Centros de salud	65	41 -90
Internamiento obstétrico	49	31 -72
Internamiento pediátrico	45	36-64
Servicio de neonatología	44	28-67



Consulta externa obstétrica	65	50-81
Consulta externa pediátrica	60	38-81

Perú: Cuidado prenatal y parto por área de residencia Endes 1991-1992.				
Cuidado prenatal	Médico	Obstet/enf	Otro	No informa
Urbana	59,0	21,3	2,4	17,3
Rural	18,5	19,9	6,7	54,9
Lugar del parto	Servicio salud	En casa	Otro sitio	No informa
Urbana	65,2	28,9	5,7	0,1
Rural	15,2	82,6	2,1	0,1

La cobertura de atención del embarazo a nivel nacional por personal profesional alcanzó el 64%, -38% en el área rural y 80% en el área urbana-, no teniendo control prenatal el 32%- 55% en el área rural y 17% el área urbana. Sólo el 47% recibió más de 4 controles. El 50% de los partos fue atendido en domicilio, lo que alcanzó el 83% en el área rural. Alrededor de 4% de los partos fueron prematuros y la incidencia de cesáreas fue 10%.

Los recursos económicos destinados a los sectores sociales, entre ellos salud, han disminuido notoriamente a partir de 1985, afectando la operación de los servicios del Ministerio de Salud, algunos de los cuales están por debajo de un nivel de eficiencia razonable. El gasto de salud descendió de 1,21 % del PBI en 1985 a 0,82% del PBI en 1990.

Es así que, el Anteproyecto del Programa Nacional de Salud Materno Perinatal del Ministerio de Salud del Perú⁷ considera entre sus estrategias las siguientes:

1. Coordinación intrainstitucional, sectorial e intersectorial.
2. Movilización de recursos, con descentralización técnico-administrativa.
3. Participación comunitaria.
4. Organización y apoyo a la red de servicio.
5. Tecnología apropiada, incluyendo el Sistema Informática Perinatal, el sistema de vigilancia epidemiológica, la participación de las universidades en la investigación de tecnologías apropiadas.
6. Educación para la Salud: promoción, divulgación, información y capacitación.

El programa considera como líneas de acción el fortalecimiento de los servicios, la normatización, la capacitación, la información, educación y comunicación, la coordinación, la logística y apoyo administrativo, la vigilancia epidemiológica y la supervisión, seguimiento y evaluación.

Programa de Asistencia al Embarazo

Un programa de asistencia al embarazo debe incluir tres componentes¹:

- Información, educación y comunicaciones destinadas a crear demanda de servicios, alertar a las mujeres y a la familia acerca de los indicios de peligro que pueden presentarse durante el embarazo y el parto, y movilizar a las comunidades para trasladar a los hospitales de distrito o zonales (I Nivel de Referencia) a las mujeres que sufren de complicaciones.
- Atención obstétrica por personal capacitado.
- Establecimientos asistenciales locales (I Nivel de referencia) que presten servicios obstétricos esenciales (operación cesárea, anestesia, reemplazo de sangre, procedimientos manuales y vigilancia del parto) y practiquen la reanimación neonatal (aspiración de secreciones y respiración asistida con oxígeno).

Información, Educación y Comunicaciones



Los factores asociados a la mortalidad materna y perinatal en América Latina son la desconfianza de la comunidad a las instituciones de salud por la deficiente disponibilidad y calidad de los servicios, los patrones culturales diversos que marchan paralelos a las diversas etnias y mestizajes de la región y la falta de regionalización y referencia. En la evaluación de eficiencia de los servicios de salud, se encontró que el nivel más precario fue la participación comunitaria en las Postas de Salud y en los Centros de Salud⁸.

Capacitación del Personal

Los recursos de salud en Latinoamérica, de acuerdo al informe de la OPS/OMS⁸, consisten en un personal de salud conformado por 2 600 000 personas, en 15 000 instituciones con servicio de internación, 65 000 instituciones de atención ambulatoria y 1 000 000 de camas.

El sólo contar con una infraestructura adecuada no es suficiente para que la atención perinatal sea satisfactoria. Se requiere, además, de un personal capacitado en la atención obstétrica, que conozca el embarazo, parto y puerperio normal y sepa diferenciarlo del patológico, así como considerar las circunstancias que la situación regional y geográfica tiene para una determinada gestante. La atención obstétrica puede ser dada en la comunidad por obstetras o enfermeras o parteras capacitadas y, en los servicios de salud, por personal cada vez más especializado, de acuerdo a la complejidad de la institución.

Cuando atiende a una madre, el profesional de la salud debería conceptuar que **toda gestante tiene riesgo hasta que se demuestre lo contrario**. Por otro lado, el enfoque de riesgo en la atención materna² permite identificar las condiciones que favorecen la aparición de problemas de salud, de manera de actuar con la anticipación debida para evitar el riesgo o modificarlo y asegurar una atención oportuna y apropiada.

La utilidad del enfoque de riesgo se materializa en un aumento de la cobertura, mejoría de la referencia y contrarreferencia, modificación de los factores de riesgo, reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional y el adiestramiento del personal de salud, así como el autocuidado y atención de la familia, una mejor atención comunitaria y el desarrollo de políticas intersectoriales.

Establecimientos asistenciales

Para reducir la mortalidad materna y perinatal en la Región, se debe proporcionar una cobertura total de la Población, una atención adecuada del parto por personal entrenado, fácil accesibilidad y equipamiento de los servicios, rápida disponibilidad de medios de transporte y de comunicación, confianza de la población asistida, registros clínicos y estadísticas que den una mejor visión de las características de la población asistida, así como evaluación permanente de la atención. Se establecerá facilidades para desarrollar la planificación familiar.

El deficiente estado de infraestructura de los servicios de salud en la mayoría de nuestros países haría necesaria la construcción de nuevos hospitales, lo que no es factible por la escasez de recursos. Es así, que los gobiernos tienen que racionalizar dicha construcción de hospitales a lo más indispensable y más bien mejorar los hospitales existentes, dotándolos de los equipos necesarios, planificando los gastos de suministros, mantenimiento, transporte y de personal. Con respecto al personal, considerar la necesidad de la capacitación permanente. Además, se desarrollará acciones para que la comunidad participe activamente tanto con su requerimiento de atención de salud como en el mantenimiento de los centros de salud.

Sistemas locales de Salud

Los sistemas locales de salud representan un conjunto de recursos de salud interrelacionados y organizados con criterio geográfico y poblacional, diseñados a partir de las necesidades de salud para la atención individual y familiar, así como del ambiente que les rodea. Debe tener la capacidad de coordinar los recursos sectoriales e intersectoriales, facilitando la participación social y contribuyendo al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

Los fundamentos para el desarrollo de los sistemas locales de salud son los siguientes:



- Reorganizar el nivel central de manera que sirva para la conducción y no para realizar otras tareas que le distraigan.
- Descentralizar y desconcentrar las acciones de salud.
- Inducir la participación social.
- Apoyar la intersectorialidad.
- Readecuar los mecanismos de financiación.
- Desarrollar un nuevo modelo de atención. Reforzar la capacidad administrativa.
- Capacitar la fuerza de trabajo en salud.
- Investigar.

Por sus características, contempla la estructura político-administrativa del país, definiéndola en un espacio poblacional determinado y considerando los recursos de salud y desarrollo social existentes. Responde a la descentralización del estado y del sector salud, a las necesidades de la población y a la estructura de la red de servicios de salud. Y organiza la conducción integrada de las acciones.

Atención por niveles en Salud Materna y Perinatal

La pirámide del sistema de atención de salud considera la atención domiciliaria, las postas o centros de salud (Primer Nivel de Atención de Salud Materna u Obstétrica), los centros de salud con internamiento y los hospitales distritales o locales o zonales (Segundo Nivel de Atención) y los hospitales generales o regionales (Tercer Nivel de Atención), existiendo en algunos países el Cuarto Nivel de Atención, representados por hospitales especializados o institutos. Se observa el interés especial en desarrollar los hospitales de tercer y cuarto nivel, así como los puestos y centros de salud. Pero, no se otorga suficiente énfasis al primer nivel de referencia, nivel en el que encontramos déficit en la implementación y un personal de salud no suficientemente capacitado para realizar las funciones que le corresponde, incluyendo la referencia y contrarreferencia oportuna. En nuestro país, tanto en el Ministerio de Salud como en el Instituto Peruano de Seguridad Social, esta situación origina circunstancias incómodas que redundan en la morbimortalidad materna y perinatal.

Primer Nivel de Atención de Salud Materna

Las funciones del Primer Nivel de Atención de Salud Materna son realizar el examen prenatal, determinar el riesgo obstétrico, hacer la prevención primaria de ciertas complicaciones, educar en salud, tratar la anemia y orientar al parto domiciliario o en el primer nivel de atención.

Primer Nivel de Referencia.

Segundo Nivel de Atención Obstétrica

El Segundo Nivel de Atención Obstétrica corresponde al Primer Nivel de Referencia, teniendo como característica el ser un establecimiento hospitalario que cuenta con los recursos necesarios para absorber y resolver los problemas más frecuentes del proceso reproductivo sin solución en el primer nivel de atención⁹. Son sus funciones esenciales el control de embarazos con riesgo y su referencia oportuna, funciones quirúrgicas y de anestesia, transfusión sanguínea, vigilancia clínica del parto y apoyo en planificación familiar.

El desarrollo de este Primer Nivel de Referencia en América Latina variará de acuerdo a la población atendida, su tamaño, distribución geográfica, las comunicaciones y la cantidad y calidad del personal de Salud disponible, aunque se considera las siguientes características⁹:

- En América Latina existen \pm 2 500 000 profesionales de la salud.
- Considerando la atención de una población de 200 000 personas habrá:
 - 6000 partos por año (tasa de natalidad 30%)
 - 1500 partos quirúrgicos (25%)
 - 1200 cesáreas (20%)



- Cada cama obstétrica deberá rendir 100 partos por año
- Los hospitales de 250 camas contarán con 60 a 80 camas de maternidad
- Existirá un área de educación en salud.

En consideración de lo anterior, el Primer Nivel de Referencia deberá estar implementado con camas de trabajo de parto, mesas obstétricas, quirófano, sala de puerperio inmediato, alojamiento conjunto, áreas limpias separadas de las sépticas, posibilidad de alta precoz y seguimiento domiciliario.

Además, contará con consultorios 1m²/ promedio diario de consulta, laboratorio las 24 horas del día, posibilidad de transfusión y abastecimiento de medicamentos esenciales. La supervisión será permanente y la evaluación hará a través del Sistema Informático Perinatal y los Esquemas de Evaluación de Servicios de Salud Materno-Infantil de la OPS/OMS. Se dará especial énfasis en la investigación sobre tecnologías apropiadas.

El personal estará conformado por médicos especialistas y obstetrices con suficiente preparación para el manejo adecuado de la gestación y la referencia y contrarreferencia, con capacitación permanente. Será entrenado en la captación de la comunidad, la colaboración con el desarrollo del primer nivel de atención, el control pre natal con enfoque de riesgo, nutrición adecuada para la región geográfica, uso del Sistema Informático Perinatal y del partograma y compromiso pleno con la lactancia materna y la planificación familiar.

En conclusión, la economía difícil de América Latina no le permite brindar servicios de salud óptimos. La atención materna por niveles permite organizar, descentralizar y mejorar las acciones de salud, inducir la participación social y readecuar los mecanismos de financiación. En algunos países de Latinoamérica se ha implementado de manera satisfactoria las postas de salud y centros de salud, así como se realiza esfuerzos por tener hospitales de tercer nivel adecuados. Pero, se ha descuidado la implementación del segundo nivel de atención materna, o sea, el primer nivel de referencia. Creo que el perfeccionamiento de dicho nivel puede hacerse a un costo no grande, mejorando su infraestructura y equipamiento, capacitando al personal y estableciendo normas y sistemas de evaluación e investigación. El desarrollo del Primer Nivel de Referencia en la Atención Materna permitirá organizar y mejorar el cuidado de la madre y su hijo, disminuir la morbilidad materno-perinatal y brindar salud y una mejor calidad de vida a la madre y a su recién nacido.

Referencias Bibliográficas

1. Banco Mundial: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Indicadores del Desarrollo Mundial. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, Washington. D.C., 1993.
2. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS/OMS: Tecnologías Perinatales. Publicación Científica del CLAP No. 1202, Montevideo, 1990.
3. Dirección de Estadística e Informática del Ministerio de Salud: Censo de Infraestructura Sanitaria DEI -MINSA 1992, Lima, Perú.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992. INE, Lima, Perú, 1992.
5. Ministerio de Salud-OPS/OMS: Evaluación de condiciones de eficiencia de los Servicios de Salud Materno Infantil 1988. MINSA OPS/OMS, Lima, Perú.
6. Ministerio de Salud: Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1995. Dirección de Programas Sociales Planificación Familiar, Lima, 1992.
7. Ministerio de Salud: Anteproyecto del Programa Nacional de Salud Materno Perinatal del Ministerio de Salud del Perú. Lima, 1993.
8. Organización Panamericana de la Salud: Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, D.C. 1980.



9. Organización Panamericana de la Salud: Funciones obstétricas esenciales en el primer nivel de referencia. OPS, Programa de Salud Materno Infantil, Washington, D.C., 1988.
10. Organización Panamericana de la Salud: Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington, D.C., 1990.
11. Pacheco J, Távara L, Denegri J, Urquiza R: Libro "Salud Materna y Perinatal". Red Peruana de Perinatología, Lima, 1990.
12. Pacheco J, Galdos R, Távara L, Urquiza R: Libro "Salud Materna y Perinatal. Experiencias y Estrategias", Red Peruana de Perinatología y Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima, 1992.
13. Pacheco J, Huamán M y Vargas A: Mortalidad materna 33 años (1958-1991). Tema Libre presentado al XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, VII Jornada Bolivariana de Ginecología y Obstetricia, Lima, oct 1