

INTERVENCIONES SANITARIAS

REGIONALIZACIÓN DEL CUIDADO PERINATAL: UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA MORTALIDAD MATERNA

Argentina ha suscripto los Objetivos del Milenio referidos a la reducción de la Mortalidad Infantil y la Materna. En el país se avanzó mucho durante la segunda mitad del siglo XX en la reducción de las muertes maternas y de niños menores de un año. En función de las actuales tasas de mortalidad materno-infantil, una de las estrategias que ha demostrado su efectividad en la disminución de estas muertes es la regionalización del cuidado perinatal.

ANA MARÍA SPERANZA, ISABEL KURLAT

Dirección Nacional Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación

INTRODUCCIÓN

El siglo XX estuvo signado por la franca disminución de la mortalidad materna e infantil sobre todo en los países más desarrollados. Los datos estadísticos correspondientes al año 1915 en EE.UU muestran que la mortalidad infantil alcanzaba casi al 100 ‰ en los niños de raza blanca y casi el doble en los afroamericanos.¹ La mejora en las condiciones sociosanitarias, la aparición de las vacunas y los antibióticos, la explosión tecnológica y los avances en el conocimiento de la fisiopatología pediátrica y neonatal lograron que al terminar el siglo en los países desarrollados la muerte de un niño fuera un acontecimiento excepcional en los países desarrollados.

En Argentina, la reducción de la mortalidad infantil también fue significativa. Entre 1950 y 1970 la mortalidad infantil descendió sólo un 10 %. En las décadas siguientes el descenso fue del 58 %, entre 1970 y 1990, y del 52 %, entre 1990 y 2009. Sin embargo, si tomamos los dos últimos quinquenios (2000-2004 y 2005-2009) la mortalidad en el primer año de vida descendió 13 % en el primero y sólo 9 % en el segundo –de 16,6 a 14,4 y de 14,4 a 12,1 ‰, respectivamente– cifras que demuestran que el descenso ha frenado su impulso.^{2,3}

Resulta interesante analizar estos datos en relación a los dos componentes de la mortalidad infantil: mortalidad neonatal –definida como la que ocurre entre el nacimiento y los 28 días– y mortalidad postneonatal –aquella que ocurre entre los 28 días y el año de vida. En la década del 50, sólo un tercio de las defunciones eran neonatales. En 1976, la mitad de los niños que fallecían en el primer año lo hacían en el primer mes de vida. A partir de ese momento, el componente neonatal de la mortalidad infantil cobra progresivamente más peso. En la actualidad, dos tercios de los niños que fallecen en el primer año lo hacen en los primeros 28 días de vida. Esto indica que desde 1950 se avanzó mucho más en la reducción de la mortalidad postneonatal que en la mortalidad neonatal (caída del 90 % vs 68 %, respectivamente).

La referida desaceleración en el descenso de la mortalidad neonatal está vinculada con el peso relativo de la población más vulnerable. El 45 % de los niños que mueren en el primer mes de vida pesa menos de 1500 gramos al nacer y tres cuarta parte de éstos fallece en la primera semana de vida. Países con similar porcentaje de nacimientos de niños que pesan menos de 1500 gramos tienen la mitad de nuestra mortalidad

neonatal, lo que se explica por la calidad de los cuidados que reciben estos recién nacidos.

La tasa de mortalidad materna de Argentina sólo puede analizarse desde 1980, ya que no se dispone de datos anteriores a esa fecha. En el primer decenio, se observó un descenso lento pero constante, que llevó el valor de la tasa de 7 0/000 en 1980 a 5,2 0/000 en 1990, lo que representa una disminución del 26 %. A partir de ese año no hubo un descenso sostenido, ya que desde esa fecha se han producido oscilaciones con valores entre 3,5 y 5 defunciones maternas por cada 10.000 nacidos vivos (ver Gráfico 1). Por otra parte, en 2009 la tasa se incrementó a expensas de la pandemia de gripe A (H1N1), ya que las mujeres embarazadas fueron particularmente susceptibles.

Tampoco han variado sustancialmente las causas que llevan a la muerte materna, entre las que siguen pesando el aborto y las causas obstétricas directas (hipertensión, hemorragia e infecciones).

Los niños nacen y mueren en los servicios de salud en un país como la Argentina en el que el 99 % de los partos son institucionales. Tanto las muertes maternas como las muertes en el primer mes de vida dependen, en gran medida, de la calidad de

atención de los servicios de salud. En el país, hay aproximadamente 900 establecimientos de salud del sector público para atender 400.000 nacimientos, cifra que constituye un exceso. En este sentido, el análisis realizado por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) y la Dirección de Fiscalización⁴ del Ministerio de Salud de la Nación muestra que sobre 676 efectores evaluados, el 77 % atiende menos de 1000 partos al año. Sin embargo, en estas instituciones se produce sólo 30 % de los nacimientos. Estas madres y sus hijos tienen mucho más riesgo de complicaciones y muerte, ya que la inmensa mayoría de dichas instituciones (más del 60 %) no cumple con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (quirófano disponible y adecuado, anestesia, sangre segura, traslado y asistencia neonatal inmediata).

Cuando se evaluó a los servicios de obstetricia y neonatología en el cumplimiento de los requisitos según guías de calidad de servicios, en lo referente a planta física, equipamiento,

recursos humanos (médicos, obstétricas y personal de enfermería), servicios complementarios y organización funcional, los resultados demostraron que en el sector público el cumplimiento era deficitario en general (sólo un 60 %) y que el peor resultado estaba representado por la escasez de recursos humanos, sobre todo de enfermería y obstétricas.

Si bien todos los elementos antes analizados constituyen condiciones necesarias, ninguno por sí solo es suficiente para asegurar el buen cuidado perinatal. Por lo tanto, se requiere planificación para la optimización de todos estos recursos que aseguren maternidades seguras para las madres y sus hijos.

La República Argentina, junto con otros 188 países, suscribió los Objetivos del Milenio (ODM) establecidos en la Cumbre celebrada por Naciones Unidas en septiembre de 2000. En particular, los objetivos 4 y 5 (Reducir la Mortalidad Infantil y Mejorar la Salud de las Mujeres) requieren que el país reduzca tanto las muertes en el primer año de vida, como las muer-

tes maternas. El estancamiento en el descenso de la mortalidad infantil y la mortalidad materna en Argentina, anteriormente mencionado, obliga a las autoridades sanitarias a desarrollar estrategias que mejoren el cuidado perinatal.

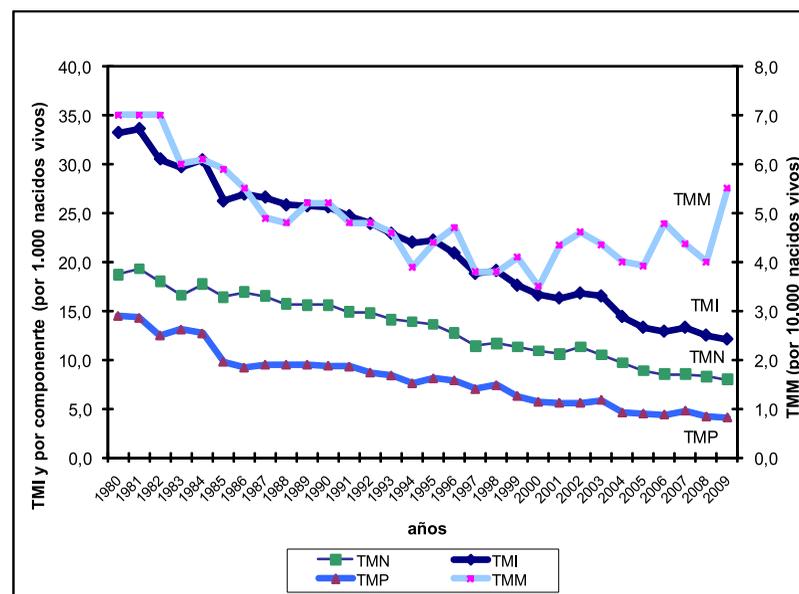
ESTRATEGIAS

A lo largo de las últimas décadas, y desde la irrupción de la terapia intensiva neonatal, el objetivo de todos los servicios con maternidad fue contar con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y con médicos neonatólogos que aseguraran el cuidado de los recién nacidos (RN). El resultado fue la proliferación anárquica, tanto en el sector público como en el privado, de pequeñas UCIN, algunas de ellas equipadas con uno o dos respiradores, en las que se requiere por lo menos un neonatólogo de guardia por día. En el marco de esta tendencia, Argentina tiene registradas 472 unidades de este tipo, tres veces más que las que tiene Reino Unido para atender un número similar de partos, y 16 veces más que las que tienen Canadá o Chile, países estos con tasas de mortalidad maternas e infantiles menores que las nacionales.

Otra comparación de datos indica que para la atención de 30.000 partos públicos anuales en Canadá se requirieron 11 médicos neonatólogos y en Estados Unidos 21, mientras que, por ejemplo, en una región sanitaria de la provincia de Buenos Aires se necesitan 210.⁵ Además, en Argentina los neonatólogos realizan tareas de recepción y control de RN normales, actividades que deberían ser realizadas por pediatras, médicos generalistas, obstétricas y/o personal de enfermería capacitados. Por consiguiente, esta situación deriva en un replanteo de la función del médico neonatólogo en los servicios de neonatología del país.

Otro de los aspectos a considerar es el de los costos económicos. Los recientes datos surgidos del análisis de costos comparativos entre unidades pequeñas y grandes revelaron que la recuperación de un RN < 1500 gramos dado de alta vivo en una unidad

GRÁFICO 1. Evolución de las tasas de mortalidad materna e infantil y por componentes (neonatal y postneonatal). Argentina. 1980-2009.



TMN: Tasa de Mortalidad Neonatal. TMI: Tasa de Mortalidad Infantil. TMP: Tasa de Mortalidad Postneonatal. TMM: Tasa de Mortalidad Materna

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. Anuario 2009.

chica cuesta 1,28 veces más que en una grande. Estos datos se agregan a los obtenidos en otros trabajos, que vinculan la mejor supervivencia de estos niños con un mayor volumen de ingresos a la UCIN.⁶

Las estrategias destinadas a disminuir la mortalidad materna y neonatal que se están desarrollando desde hace varios años son: capacitación en servicio en maternidades y neonatología, fortalecimiento de los comités de análisis de la MM y MI, fortalecimiento de los consultorios de seguimiento de RN de alto riesgo y extensión de la capacitación en Resucitación Cardio-Pulmonar a todos los profesionales que reciben RN. A estas se suman otras específicas como la Campaña de Invierno, administración de Palivizumab a prematuros y el Programa de Cardiopatías Congénitas. Los otros ejes priorizados son mejorar la calidad del control prenatal y "humanizar" el parto —mediante la incorporación y definición de las competencias de las obstétricas—, capacitación de recursos humanos para la atención de emergencia obstétrica y, sobre todo, la regionalización del cuidado perinatal.

El concepto de regionalización en perinatología fue introducido en los años '60 en Canadá y en los '70 en Estados Unidos y Portugal, con la idea de que cada componente del sistema regional provea la atención de mejor calidad, pero es el grado de complejidad del paciente el que determina dónde y quién proveerá dicha atención. La evidencia internacional coincide

en señalar que la concentración de los nacimientos en instituciones grandes, con mayor número de partos, se asocia a mejores resultados en lo que respecta a la mortalidad materna y neonatal^{7,8}. Asimismo, la evidencia nacional también muestra el impacto favorable de la regionalización del cuidado perinatal sobre las tasas de mortalidad infantil⁹.

Tal como se ha expresado, la regionalización es un proceso por el cual se establece un sistema de prestadores de salud de complejidad creciente, de manera que coordinadamente den respuesta a las necesidades de atención de la población. Este sistema tiene necesidades organizativas particulares. Requiere de un adecuado primer nivel de atención, con capacidad de asignarle a la paciente el lugar de atención que le corresponda de acuerdo al riesgo evaluado, de un muy buen sistema de comunicación, que permita el flujo de la información sobre las necesidades de atención de las embarazadas y, por último, de un sistema organizado y centralizado de traslado de las embarazadas y, eventualmente, de los RN que por error hubieran nacido en un centro con un nivel de complejidad inapropiado.

El Consejo Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación aprobó en 2008 el Acuerdo Federal de Salud, que en uno de sus puntos acordaba realizar acciones tendientes a la regionalización de la atención perinatal. El objetivo de esta estrategia es lograr que toda mujer tenga

el derecho a un parto seguro y todo niño pueda ser atendido en el nivel de complejidad que por riesgo le corresponde.

Como primer paso imprescindible para la regionalización de la atención perinatal en cada jurisdicción de Argentina, se modificaron las resoluciones ministeriales 348/03 y 306/02, referidas al funcionamiento de los servicios de Obstetricia y Neonatología, para su categorización de acuerdo con niveles progresivos de complejidad. Estas acciones, iniciales y necesarias, se complementan con la firma de acuerdos con las máximas autoridades provinciales de Salud, en los que cada jurisdicción se compromete a iniciar un proceso de regionalización de cuidado perinatal.

Dado que este sistema no puede funcionar sin la adecuada planificación de la potencial demanda de atención en cada uno de los niveles de complejidad, cada jurisdicción que ha suscripto los referidos acuerdos está actualmente abocada a determinar según las características de su población (natalidad, condiciones socio-culturales, ruralidad, distancias, clima, caminos, organizaciones sociales, etc.) la ubicación, las dimensiones, el equipamiento, las características del personal requerido (número y formación) y el financiamiento necesario para asegurarle a cada mujer el derecho a una maternidad segura y a cada niño el derecho a nacer donde se le pueda brindar la atención que por riesgo requiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Guyer B, Freedman MA, Strobino DM, Sondik EJ. Annual summary of Vital Statistics: Trends in the health of Americans during the 20th century. *Pediatrics*, 2000, Dec;106(6):1307-17.

² Celton D, Robbota B. Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina Niveles y tendencias durante el siglo XX- Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población, Caxambú (MG), Brasil, 18-20 de Septiembre de 2004.

³ Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). *Ministerio de Salud de la Nación. Anuario 2009.*

⁴ Lomuto C. Evaluación de las maternidades 2009-2010. *Ministerio de Salud*

de la Nación. Comunicación personal.

⁵ Schwarcz A. Regionalización de la atención perinatal. *Ministerio de Salud de la Nación - OPS*. Abril 2011.

⁶ Ciaran S. Phipps, Ph.D. Level and Volume of Neonatal Intensive Care and Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants. *N Engl J Med*, 2007; 356:2165-75.

⁷ Neto MT. Perinatal care in Portugal: effects of 15 years of a regionalized system *Acta Paediatr*, 2006 Nov;95(11):1349-52.

⁸ Heller G et al. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol*, 2002; 31:1061-1068

⁹ Garibaldi C, Méndez GC. Regionalización de la Provincia de Neuquén. *Ministerio de Salud de la Nación - OPS*. Abril 2011.