

# CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION NEONATAL EN PAISES DE AMERICA LATINA

Elbio Néstor Suárez Ojeda<sup>1</sup>

En América Latina se producen cada año alrededor de 15 millones de nacimientos. Se estima que 60% ocurren en establecimientos de salud de la más variada índole y 40% son atendidos en el hogar por parteras empíricas, algún agente de medicina tradicional o incluso un miembro de la familia. Es evidente que en esta última situación es grande el riesgo para la madre o el recién nacido si surge alguna complicación (1).

A partir de los años cincuenta ha aumentado la tendencia a la atención de los partos en establecimientos de salud. Como consecuencia, se ha multiplicado notablemente el número de intervenciones de carácter médico sobre la madre, el recién nacido y la familia. Aunque aún no hay pruebas suficientes del efecto que este cambio ha tenido en términos de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil, es casi seguro que se han evitado muchas complicaciones y muertes gracias a la mayor disponibilidad de recursos de un establecimiento de salud. Como contrapartida, sin embargo, se han generado otra clase de complicaciones, por ejemplo, las que derivan de las operaciones cesáreas innecesarias (2). Se sabe que en varios países de la Región la tasa de cesáreas llega a ser de 20 a 30% en relación con el total de partos.

En cuanto a morbilidad y mortalidad neonatales, no cabe duda de que muchos recién nacidos de bajo peso se han salvado gracias a que nacieron en un hospital dotado de unidad de cuidado intensivo neonatal. En varios países latinoamericanos existen hospitales de gran complejidad cuya tasa de mortalidad específica por peso al nacer es semejante a las observadas en países desarrollados. Sin embargo, estos centros son la excepción, pues lo que predomina son los establecimientos de complejidad mediana y baja en donde persisten prácticas como la separación de la madre y el recién nacido durante las primeras horas de la vida, la inducción de la lactancia artificial, la prohibición de la presencia del padre durante el nacimiento y la restricción de las visitas de los familiares. Estas prácticas restrictivas pueden contribuir a aumentar la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil, especialmente si se tienen en cuenta los problemas psicosociales, como el maltrato y el abandono de los niños, que van en aumento.

Por otra parte, una vez producido el parto, lo habitual es que la puerpera permanezca dos o tres días en el hospital, donde recibe cuidados mínimos y es sometida a un examen sistemático antes de ser dada de alta. Después del egreso, apenas 15% del total de puerperas latinoamericanas reciben algún cuidado profesional (3).

A pesar de las deficiencias señaladas, la proporción de partos atendidos en establecimientos médicos sigue aumentando, y la demanda de camas

<sup>1</sup> Asesor Regional en Salud Materno-infantil, Organización Panamericana de la Salud. Dirección postal: 525 Twenty-third St., NW, Washington, DC 20037, EUA.

de maternidad se hace sentir intensamente, con graves repercusiones económicas y sociales. Se calcula que para atender los 15 millones de nacimientos anuales mencionados al principio, según el estilo y los costos habituales en los Estados Unidos de América, harían falta recursos adicionales del orden de los 50 mil millones de dólares. A ello se agregan los costos y los riesgos de una incorporación acrítica de tecnologías caras, no siempre aplicadas por profesionales idóneos y a menudo prescritas sin estricta justificación clínica.

En vista de estos problemas, se juzgó oportuno revisar la experiencia adquirida por varios países en el uso de la evaluación de condiciones de eficiencia de los servicios materno-infantiles, en particular los datos contenidos en el esquema para evaluar servicios de atención neonatal.

## Material y métodos

La evaluación se hizo por medio de las llamadas encuestas de condiciones de eficiencia, de amplia difusión en el continente americano (5). Se trata de listas de cotejo en las que se establecen los requisitos que un servicio debe llenar para brindar una atención de salud acorde con los conocimientos y tecnologías aceptados. El cumplimiento de cada requisito otorga una puntuación, cuyo valor se establece previamente en consulta con expertos en el tema. La suma de todos los puntos correspondientes a las respuestas da la puntuación total que, expresada en forma de porcentaje, indica la proporción en que el servicio reúne las condiciones para prestar una atención satisfactoria (6).

Las preguntas se agrupan por áreas temáticas o rubros, que en el caso de los servicios neonatales fueron los siguientes: planta física, recursos materiales, recursos humanos, normas y procedimientos, programación y administración, suministros y educación para la salud. Si bien los aspectos psicológicos y sociales (relación madre-hijo, participación de la familia, promoción de la lactancia materna) están considerados dentro de normas y procedimientos y educación para la salud, se aplicó un cuestionario específico para analizarlos con mayor amplitud.

En esta revisión se incluyen las encuestas aplicadas en hospitales del sector público de seis países latinoamericanos durante el período 1980-1985. La muestra abarcó servicios de atención neonatal (neonatología) que atendían más de 1 000 nacimientos al año y que estaban situados en la cabecera de zona o de región de salud. En cada país se incluyó un servicio de gran complejidad instalado en una zona metropolitana. En los países grandes la recogida de datos se hizo por estado o provincia, y en algunos casos abarcó solo una de estas entidades. En total, se presentan los datos de 45 hospitales de diferentes niveles de complejidad.

## Resultados y discusión

Cabe señalar que los criterios de evaluación aplicados se ajustaron a la realidad y la opinión profesional de cada país. La cifra global de 46,8% de eficiencia de los servicios de atención neonatal en los seis países encuestados (cuadro 1) pone de manifiesto numerosas deficiencias. Es decir, se están cum-

**CUADRO 1. Condiciones de eficiencia<sup>a</sup> de 45 servicios de neonatología, según rubro y país. América Latina, 1980-1985**

País	Rubros (%)						Educación para la salud	Eficiencia global (%)
	Planta física	Recursos materiales	Recursos humanos	Normas y procedimientos	Programación y administración	Suministros		
A	39	33	64	51	20	33	20	37,1
B	49	55	47	65	46	45	37	49,1
C	67	65	58	42	33	35	31	47,2
D	61	75	43	66	58	63	45	58,7
E	48	45	26	31	33	29	30	34,5
F	69	72	61	46	41	53	39	54,4
Promedio	56	58	50	50	39	43	34	46,8

<sup>a</sup> Datos obtenidos mediante la aplicación del método de evaluación de condiciones de eficiencia (5).

pliendo menos de la mitad de los requisitos y condiciones deseables para un buen cuidado neonatal. En solo dos países la eficiencia de los servicios de neonatología estuvo por encima de la mitad de lo requerido (54,4 y 58,7%); particularmente crítica es la situación de los dos que no alcanzaron siquiera 40%. Aun los que lograron mejores valores no pasaron de 60%. Se debe aclarar que en varios países se encontró algún servicio de buena eficiencia (alrededor de 80%), pero su contribución se diluyó al promediarse con la calificación de los otros.

La categoría en situación verdaderamente crítica es la de programación y administración (39%). Las preguntas relativas a la organización, conocimiento de indicadores de salud básicos de la población atendida, coordinación con la atención ambulatoria y servicios de apoyo recibieron con frecuencia respuestas negativas. Esta deficiencia en aspectos esenciales de la administración hace dudar de la utilidad de asignar más fondos a establecimientos de tan escasa eficiencia. En otras palabras, parece estéril un aumento de presupuesto que no se acompañe o vaya precedido de una revisión de la concepción orgánica de estos servicios y un adiestramiento básico del personal directivo en gerencia y administración hospitalaria. Por otra parte, la falta de interés del personal hospitalario por los indicadores básicos de salud de la población a la que sirve revela el divorcio y la contradicción que existen entre lo clínico-asistencial y lo preventivo-sanitario. Una expresión de ese conflicto es la existencia de costosas unidades de cuidado intensivo neonatal en lugares donde aún ocurren muchas muertes por tétanos del recién nacido.

La eficiencia en el rubro de educación para la salud fue incluso menor (34%), lo cual responde a la misma concepción de atención médica reparativa. Actividades esenciales y de alto rendimiento, tales como las charlas y contactos educativos con las madres en su paso por los servicios o la promoción de la lactancia materna, en América Latina son frecuentemente olvidadas o reciben poca atención.

En el renglón de suministros la eficiencia tuvo un valor promedio de 43%, lo cual pone de manifiesto uno de los defectos crónicos de los sistemas

de salud en esta parte del mundo: luego de hacer un costoso esfuerzo para construir y equipar un establecimiento de salud, no se le proveen regularmente los insumos esenciales para su funcionamiento ni mucho menos se aplican medidas de mantenimiento preventivo de los equipos. El resultado es que los beneficios que la comunidad espera de estas inversiones solo se reciben de manera discontinua y parcial.

El componente de normas y procedimientos alcanzó un nivel de eficiencia (50%) más alto del que habitualmente se observa en servicios de obstetricia y pediatría. Tal vez en la neonatología, a causa de su desarrollo más reciente, se hace un esfuerzo especial por cumplir las normas y procedimientos elaborados por las sociedades científicas y los organismos ministeriales correspondientes.

En conjunto, los servicios están mejor en los aspectos relacionados con planta física (56%) y recursos materiales (58%).

Para evaluar la aplicación de principios básicos de la relación madre-hijo y la presencia familiar durante el nacimiento y el período posnatal inmediato, se efectuó una pequeña encuesta en 20 servicios de cinco países. Para ello se utilizó un cuestionario básico que se respondió mediante preguntas al personal del servicio, observación directa del encuestador o interrogatorio de las madres o los familiares (cuadro 2). En general, se advirtió un fuerte predominio de las respuestas y observaciones negativas. De las 12 preguntas, solo en la que se refiere a la práctica del alojamiento conjunto de la madre y su hijo prevalecieron las respuestas afirmativas. En las demás hubo siempre discrepancias entre lo informado por distintos miembros del personal y lo declarado por las madres.

Los aspectos menos aceptados en la práctica son el acceso del padre y la madre a la unidad de cuidado intensivo neonatal y la presencia del padre en la sala de dilatación o de expulsión. También se advirtió resistencia a las visitas de otros hijos de la pareja durante la hospitalización de la madre y el recién nacido. En resumen, la incorporación de conceptos básicos de psicología neonatal y fami-

**CUADRO 2. Cuestionario sobre los aspectos psicológicos de la atención maternoinfantil durante el período neonatal**

- 
1. ¿Se ofrece educación para la salud a las púerperas?
  2. ¿Se proporciona información sobre lactancia materna?
  3. ¿Se practica el alojamiento conjunto de la madre y su hijo?
  4. ¿Se permite el contacto de la criatura con su madre inmediatamente después de nacer?
  5. ¿Se permite la presencia del padre en la sala de dilatación?
  6. ¿Se permite la presencia del padre en la sala de expulsión?
  7. ¿Se permiten y estimulan las visitas del cónyuge a cualquier hora?
  8. ¿Se permite y estimula la presencia de otros hijos de la pareja?
  9. ¿Se ha suprimido el uso de biberones o mamaderas?
  10. ¿Se cuenta con un banco de leche materna o un servicio semejante?
  11. ¿Se adiestra a las madres en el manejo del niño de bajo peso al nacer?
  12. ¿Se permite y facilita el acceso de ambos padres a la unidad de cuidado intensivo neonatal?
-

liar es todavía muy restringida, y los servicios muestran un elevado grado de rigidez y predominio de los criterios quirúrgicos.

## Conclusiones

Al analizar los datos recién expuestos es preciso tener en cuenta que provienen de una muestra de los servicios latinoamericanos de atención neonatal. Aun así, permiten formarse una idea general del tipo de atención que reciben el recién nacido y su madre en los establecimientos de salud del sector público en la subregión.

En términos generales, se puede afirmar que dicha atención es insatisfactoria, pues en promedio cumple menos de la mitad de las condiciones mínimas de eficiencia. Las fallas más notables se observan en rubros como la administración, la normalización, la educación para la salud y los aspectos psicológicos del período neonatal. Contrariamente a lo expresado muchas veces, la existencia de instalaciones y equipos de alta tecnología no es el recurso limitante en este caso. Las notables diferencias en la mortalidad neonatal que se observan entre un centro y otro no se explican por el hecho de disponer de más o menos aparatos, sino más bien por la manera como se organizan los recursos materiales y humanos y, en gran parte, por las actitudes del equipo de salud en relación con la comunidad a la que sirve.

Por otra parte, es válido afirmar que esta revisión permitió identificar, además de las limitaciones y debilidades, la posibilidad de recuperar la eficiencia y la calidad de la atención maternoinfantil durante el período neonatal, si se actúa sobre aspectos críticos: mejor administración, reeducación del personal y los usuarios de los servicios, y actualización de normas y procedimientos. Como nota optimista cabe agregar que en 1985 la OPS reunió un grupo de expertos que elaboraron una serie de guías para los servicios de atención maternoinfantil, incluidos los de neonatología. Estas guías se están aplicando de manera sistemática en los países de América Latina y permitirán hacer en el futuro un diagnóstico más aproximado de la verdadera situación asistencial en los establecimientos de salud de la Región (7).

## Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Coverage of Maternity Care. Ginebra, 1985. Documento WHO/FHE/1985. GENEVA-FHE/85.1.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Estudio y prevención de la mortalidad materna en las Américas. Documento preliminar. Washington, DC, 1986. Documento mimeografiado.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del Plan Decenal de Salud. Washington, DC, 1981. Documento mimeografiado.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. *Hospitales en las Américas*. Washington, DC, 1981. Publicación Científica 416.
- 5 Baranchuck, N. y Suárez Ojeda, N. E. *Condiciones de eficiencia de los servicios de atención maternoinfantil*. Buenos Aires, Ediciones SMI, 1971.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de eficiencia de los servicios de salud maternoinfantil. Washington, DC, 1985. Documento mimeografiado.
- 7 Alleyne, G. A. O., Moreno, E., Osuna, J. et al. *Evaluación y organización de servicios de salud para la atención primaria maternoinfantil*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1985. Fascículo I. □