

Conclusiones

Teniendo en cuenta la situación económica de los países de la subregión, el comportamiento del gasto público total y en salud, y la estructura de financiamiento de las instituciones del sector, una visión optimista sería la de esperar un mantenimiento del gasto en salud en términos reales observado en 1984. Las perspectivas de crecimiento de los recursos dependen de la recuperación de las economías de dichos países, cosa que parece poco probable a corto plazo.

El estudio concluye que, dadas las limitaciones existentes respecto a la posibilidad de generar recursos adicionales en la forma tradicional de funcionamiento del sector, las partes nacionales correspondientes del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá deberían ser cubiertas por medio de la reasignación de los recursos actuales. Desde este punto de vista, es importante que los proyectos que componen el Plan sean incorporados dentro de los presupuestos nacionales de los programas de salud. Esto permitiría establecer una clara delimitación del volumen de recursos que el sector puede reasignar a estos proyectos.

EFICACIA EN FUNCION DE LOS COSTOS EN LA ATENCION DEL PARTO¹

Desde hace varios años los países en desarrollo aplican modelos simplificados de atención del parto que se basan en la delegación o reasignación de funciones médicas a personal auxiliar de enfermería y a comadronas empíricas, a quienes se capacita adecuadamente y se dota con los recursos materiales mínimos. Hasta el presente, las evaluaciones de estos modelos se han caracterizado por utilizar indicadores administrativos, tales como el número de consultas y de partos, como medida del empleo de los recursos, pero han tenido en cuenta muy pocos parámetros de la eficacia de la atención brindada y menos aun de su efecto sobre la salud materno-infantil.

Con objeto de evaluar la eficacia en función de los costos de estos modelos según este último enfoque, la morbilidad y la mortalidad de un grupo de madres e hijos en una sala de atención simplificada del parto se compararon con las de dos centros de atención más complejos y costosos; todos ellos están ubicados en la ciudad de Cali, Colombia. Entre julio de 1984 y octubre de 1985, del total de gestantes atendidas

¹ Basado en el documento "Evaluación tecnológica del parto de bajo riesgo en diferentes modelos de atención", por Sonia Pazmiño de Osorio, Carlos Osorio Torres, Melba Franky de Borrero, Raúl Bernal Aljure y Vicente Jiménez Velasco. La investigación correspondiente fue financiada por la Organización Panamericana de la Salud.

en los tres modelos estudiados, se seleccionaron 2 313 por sus características de bajo riesgo obstétrico y similar condición socioeconómica.

Modelos de atención del parto

Centro de Salud Siloé. Constituye el modelo de menor complejidad. Perteneció al sistema oficial de salud del municipio. La atención del parto, que se brinda durante las 24 horas del día, está a cargo de una auxiliar de enfermería con un nivel de escolaridad de dos años de secundaria básica, dos años de preparación como auxiliar y tres meses de capacitación en atención de partos. El centro cuenta con un médico que durante cuatro horas diarias atiende específicamente el control prenatal y de posparto; en caso de necesidad, ofrece asesoría en la sala de maternidad. Además, existe una enfermera general a tiempo completo para todo el centro que presta apoyo administrativo a la unidad obstétrica en su horario de trabajo.

En cuanto a recursos materiales, la sala de maternidad de Siloé está preparada para atender partos normales y cuenta con ocho camas para el pre y postparto. Consta de una mesa de partos, un ventilador de ambú, un tubo de oxígeno, una balanza y un pedómetro. Asimismo, el centro tiene un laboratorio clínico que funciona ocho horas diarias. Las complicaciones obstétricas son remitidas al Hospital Universitario, que dista 3 km.

Centro Hospital Cañaveralejo. Corresponde a un nivel intermedio de complejidad. También pertenece al sistema oficial de salud del municipio de Cali. La atención del parto, que se ofrece durante las 24 horas del día, es realizada por una auxiliar de enfermería con las características de entrenamiento descritas en el modelo anterior. El centro brinda atención médica permanente y apoyo en cuanto a decisiones y manejo de las complicaciones de las gestantes en la unidad obstétrica. Además, cuenta con una enfermera capacitada en obstetricia que cumple funciones de tipo asistencial y administrativo a tiempo completo.

La sala de maternidad de Cañaveralejo consta de los mismos recursos materiales que la de Siloé. El laboratorio clínico funciona 24 horas diarias para exámenes realizados por personal técnico calificado. Las complicaciones obstétricas son remitidas al Hospital Universitario, que dista 5 km.

Clínica Rafael Uribe Uribe. De los tres modelos estudiados es el de mayor complejidad. Perteneció a la seguridad social de Colombia. Atiende todos los partos sin discriminación del riesgo, así como sus complicaciones. El parto de bajo riesgo es asistido por enfermeras obstétricas, médicos internos y médi-

cos especialistas. Las enfermeras son profesionales universitarias con un año de capacitación en la especialidad. La clínica tiene toda una planta de personal de enfermería general y auxiliares de enfermería que colaboran en la atención, de la cual son responsables los médicos especialistas durante las 24 horas del día.

Cuenta con dos salas de partos, 20 camas de trabajo de parto y observación de alto riesgo y 50 de puerperio. Cada sala tiene una mesa obstétrica, ventilador, reanimador, oxígeno, balanza, pedómetro y fórceps. La unidad obstétrica dispone de monitores fetales. Además, hay laboratorio clínico, banco de sangre y salas de pediatría y de cirugía que funcionan durante todo el día, así como un servicio de ecografía durante las horas diurnas.

Resultados

Morbilidad y mortalidad maternas. En ninguno de los tres modelos se presentaron casos de muerte materna. El 15,8% de todas las gestantes tuvieron complicaciones graves en uno de los períodos del parto; estas complicaciones fueron más frecuentes en la clínica Uribe (23,7%) que en Siloé (13,1%) y Cañaveralejo (7,9%). En el momento del parto y el alumbramiento se encontró la mayor frecuencia de complicaciones (13,8%). Las principales fueron los desgarros de vagina y perineo, las hemorragias uterinas y la hipotensión. Los desgarros fueron más comunes en las gestantes nulíparas de Siloé y se relacionan con la mayor frecuencia de atención de partos sin episiotomía. Asimismo, las hemorragias uterinas ocurridas en este centro (6,3%) fueron casi el doble de las que ocurrieron en Uribe (3,5%), probablemente porque no se detectaron trastornos en la evolución del trabajo de parto. En Cañaveralejo, la cuantificación de la mayor pérdida de hemoglobina permitió detectar las hemorragias que subjetivamente no fueron percibidas, y esto hace pensar que ocurrió algo similar en Siloé.

El trabajo de parto fue el segundo período con mayor frecuencia de complicaciones (9,3%). En la Clínica Uribe hubo casi el triple de trastornos en la evolución del trabajo de parto (15,1%) que en Cañaveralejo (5,7%), y más de cinco veces más que en Siloé (2,8%). Por último, el posparto inmediato fue el tercer período en frecuencia de complicaciones (6,6%). Las hemorragias uterinas que se presentaron en este período tuvieron mayor proporción en el Centro Siloé.

Morbilidad y mortalidad del niño. El 7,4% de los niños sufrieron complicaciones en algún período del parto. Las más frecuentes ocurrieron en el período neonatal, y fueron más abundantes en la Clínica Uribe (5,5%) que en Siloé (2,3%) y Cañaveralejo (0,4%).

A pesar de disponer de monitores fetales, en la Clínica Uribe no se identificaron más casos de sufrimiento fetal que en Siloé o Cañaveralejo, y la proporción de niños deprimidos con puntuación de Apgar ≤ 6 fue similar en los tres sitios. El 0,9% de todos los niños presentaron malformaciones, pero no se encontraron diferencias signifi-

cativas en los resultados de los tres centros. Asimismo, 9,7% de los niños sufrieron ictericia, en la mayoría de los casos debida a incompatibilidad de grupo sanguíneo, y tampoco hubo diferencias importantes entre los modelos. Donde sí hubo variaciones fue en el número de casos de conjuntivitis, que fue significativamente menor en Cañaveralejo.

En el Centro Siloé murieron tres niños: uno presentó sufrimiento fetal y fue remitido al hospital, pero hubo tardanza en la intervención; los otros dos presentaron circular del cordón en el cuello. En Uribe hubo una muerte, porque no se detectó oportunamente el sufrimiento fetal, y en Cañaveralejo ninguna.

Conclusiones y recomendaciones

El modelo Uribe resultó tres veces más costoso que Cañaveralejo y 2,4 veces más que Siloé. Se observa que el modelo Cañaveralejo, que posee una complejidad intermedia, fue menos costoso que Siloé, debido a la mayor utilización de la sala de maternidad. Mientras que en Uribe el costo de cada parto fue de \$US 127, en Siloé alcanzó \$US 53 y en Cañaveralejo, \$US 41. Además de ser el menos costoso, el modelo intermedio fue el más eficaz en el período de observación del estudio, que incluyó hasta un mes después del parto. Sin embargo, en este modelo se observaron más hemorragias de las gestantes, situación que debe analizarse y corregirse.

A pesar de que el modelo Siloé tuvo resultados maternos similares a Cañaveralejo, para disminuir la mortalidad neonatal se requiere mejorar tanto el apoyo de equipo y personal en la sala de partos como el sistema de remisión.

En el modelo más complejo se evidenció una mayor detección de trastornos maternos y neonatales que convendría estudiar en posteriores trabajos para aclarar sus causas y las posibles implicaciones en el desarrollo del niño. La disponibilidad de equipo y especialistas en este modelo, que justifica su mayor costo, garantiza una menor mortalidad neonatal; sin embargo, llama la atención la ausencia de muertes en el modelo Cañaveralejo, lo que indica que la detección oportuna de la complicación y el tratamiento inmediato, ya sea por la enfermera o por el médico, pueden mejorar significativamente los resultados.

También se destaca que en Siloé y Cañaveralejo una gran parte de las gestantes (30,9 y 17,1%, respectivamente) llegaron al trabajo de parto con características de bajo riesgo obstétrico sin haber recibido atención prenatal. Sería interesante determinar las características de estas pacientes, pues este conocimiento podría servir para la selección y la definición del riesgo durante la atención prenatal, lo cual redundaría en una mejor asignación de los recursos humanos para dicha tarea.