

Programa Materno Infantil y Dinámica de Población -1

Dres.: Luis Daza Parada M.D. M.S.P., Oscar Henao Echeverri M.D. M.S.P.,
Jairo Barragán Espinosa M.D. G.O.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL 1975-1981 Y PROYECCIONES

A partir del año de 1975 cuando se estableció en el país el Sistema Nacional de Salud, implicaba la organización de los servicios en un esquema de regionalización, con referencia de pacientes de niveles inferiores hacia los niveles superiores y un sistema de docencia y supervisión de los niveles superiores hacia los niveles inferiores. Teniendo como base el área rural, e iniciando la prestación de los servicios por las promotoras rurales de salud y como cúspide los hospitales universitarios de la más alta tecnología.

Por otra parte, se planteaba la necesidad de aumentar coberturas con base en la asignación de funciones, en personal médico, personal de enfermería y personal de la comunidad.

De acuerdo a esa concepción del Sistema Nacional de Salud, el Programa Materno Infantil, consideró que la prestación de los servicios de atención materno infantil, tenía un ciclo cerrado y cualquier actividad, que se realizara en alguna de las etapas de embarazo, parto y post-parto o del menor de 15 años, repercutía en los siguientes procesos; es

así como la atención materno infantil es considerada como una atención integral, donde las actividades que se ejecutan en cualquiera de las personas dentro de su proceso biológico, repercute en futuras etapas. Por otra parte y a partir de 1970, se había iniciado una investigación del riesgo materno fetal, con modelos investigativos en algunas universidades y bajo la dirección de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). Esta investigación de Riesgo Materno Fetal, consideraba dos etapas: una de predicción, donde se trabajaba para determinar predictores sencillos, que pudieran clasificar las pacientes en riesgos, con el fin de dar una ordenación en la atención de las pacientes, de acuerdo con su riesgo; una segunda etapa, que era la de monitoría, etapa que no se había podido iniciar porque exige recursos de alta tecnología, presupuestos altos y por tanto hasta que no se tuviera la primera etapa, no se podía entrar en la segunda etapa.

El compromiso del Programa Materno Infantil, por organizarse en un sistema

regionalizado de atención; de aumentar coberturas; de asignar funciones en el personal que trabaja en los equipos de salud, fue favorecido con los esquemas de clasificación de riesgo y fue así como en el año de 1975, cuando empezó a dar sus primeros frutos los sistemas de clasificación de riesgo, tentativamente y en forma empírica, se asignaron los niveles de retención, en la forma siguiente: El 50% de los problemas de salud podían ser atendidos por el personal de enfermería del centro y puesto de salud, por promotora a nivel de la vereda. (Debe quedar claro de que son los problemas de salud y no los problemas médicos, donde intervienen los problemas de saneamiento ambiental, nutrición, educación a la comunidad y otra serie de elementos, que intervienen en la salud general).

Del 50% remitido a los niveles superiores, un 35% atendido a nivel local, por médico general y por personal de que se dispone en los hospitales locales y el 15% se remite a nivel regional, que son los casos clasificados como riesgos medios y altos, atendiéndose el 14.5% por el hospital regional, que cuenta con las 4 especialidades básicas de la medicina; el 0.5% se pretende que lleguen a los hospitales universitarios y que constituyen el alto riesgo.

En esta forma, con estos niveles se tiene en mente la utilización y racionalización máxima de los servicios, por otra parte se considera que si este sistema funciona, los hospitales universitarios y especializados no van a estar recargados y con la serie de dificultades, que presentan actualmente, donde la demanda de pacientes es tal, que dificulta cualquier actividad de tipo docente, de tipo investigativo y lógicamente dar una prestación de servicios especializada, acorde con su razón de ser.

El sistema de clasificación de riesgo, ha permitido por otro lado organizar la nueva orientación de la medicina hacia la

atención primaria, secundaria y terciaria. La atención primaria, es determinada por bajo riesgo y es atendido por médico general, auxiliar de enfermería, promotora y partera a nivel local; el riesgo medio, es atendido por el médico general especialista, la enfermera o la auxiliar de enfermería a nivel regional, y constituye para nosotros la atención secundaria; el riesgo alto, es atendido por el médico especialista en un nivel especializado universitario y lo constituye el nivel de atención terciaria.

De acuerdo a este sistema, empezamos a aplicar en el año de 1977-78, los índices de clasificación de riesgo materno fetal, con el fin de clasificar las pacientes durante su embarazo, parto y puerperio. Este índice de riesgo materno fetal, es una hoja de clasificación muy sencilla, que permite el diligenciamiento desde la auxiliar de enfermería hasta el médico especialista; tiene una parte de encabezamiento general, de identificación de la paciente y unos antecedentes, tomando la edad materna; la paridad; el estado socio económico de la familia; el intervalo entre el último parto y el embarazo actual, la terminación del embarazo anterior. Esta parte es diligenciada por el personal de auxiliar de enfermería y constituyen todo lo que son antecedentes; una vez que se tiene la paciente citada, el médico hace el primer examen clínico o sea la primera consulta, donde indaga sobre la patología actual; se ha puesto en el formulario para consignar la patología más frecuente en el país, y se deja en último renglón para otra patología, o patología de tipo regional. El médico general debe hacer la clasificación de pacientes en la primera consulta e inicia el sistema de referencias bien sea a nivel superior, cuando la paciente es de riesgos medios o riesgos altos, o a niveles inferiores cuando las pacientes son de riesgos bajos y no acude a la institución para sucesivos controles. En esta forma, el médico asigna la continuidad de los controles en personal de enfermería, en la promotora

de salud o en la partera empírica capacitada y vinculada a la institución.

Al 8o. mes nuevamente el médico tiene que ver la paciente y diligenciar el numeral F, que son los hallazgos del embarazo actual, practicar el examen clínico para indagar patología, anotarla y reclasificar la paciente. El riesgo de clasificación al 8o. mes le permitirá tomar conductas para la atención del parto. Con clasificación de bajo riesgo y de acuerdo a su criterio y posición negativa de la familia para la atención de parto institucional, asigna su atención en personal de enfermería, a nivel de Centro o puesto de Salud, a la promotora o en su defecto a personal de parteras empíricas a nivel domiciliario. Si es un parto de riesgo medio, podrá ser atendido a nivel del hospital local o podrá ser remitido al hospital regional, de acuerdo con las variables que estén produciendo la clasificación de riesgo medio; en caso de riesgo alto, debe remitirse a los niveles regionales o en su defecto a los niveles universitarios.

Una vez atendido el parto, se clasifica el resultado final madre—recién nacido; este esquema es muy sencillo y permite anotar las condiciones del parto, la patología del parto, las complicaciones del mismo, las condiciones del recién nacido y las condiciones del puerpério. Nuevamente se clasifica el binomio madre-niño y en forma individual, lo que permite determinar criterios de conductas a seguir, nivel de atención y persona que debe seguir los controles; por otro lado, a más de lo anotado, esta hoja comparada con Índice de Riesgo Materno Fetal, permite verificar la fidelidad en la predicción. Los resultados de la evaluación de este sistema de clasificación de Riesgo Materno Fetal, que hemos puesto en marcha por más de dos años, será presentada posteriormente.

El sistema de clasificación de riesgo, ha permitido determinar los sistemas de servicios, tanto en áreas rurales, como

en áreas urbanas, es obvio que las áreas rurales tiene una serie de elementos diferentes a las áreas urbanas, por esta razón hemos establecido dos esquemas de prestación de servicios, uno a nivel rural, donde intervienen la auxiliar de enfermería, la promotora y partera, como elemento básico de la atención, el médico local, que es el eje del sistema de clasificación de riesgo y de la remisión de pacientes, y los especialistas que se encuentran en los hospitales regionales.

Para la prestación de servicios en las áreas urbanas se pretende que los hospitales universitarios cumplan las funciones de hospitales de tipo regional y los centros de salud se han ido acondicionando con camas para la atención de partos de bajo riesgo o partos de riesgo medio; los otros centros de salud vienen a cumplir las funciones de consultorios externos. El sistema se organiza como se ha podido establecer en Cali, con el desarrollo de algunos centros de salud, que se han convertido en unidades intermedias u hospitales intermedios, donde se está atendiendo el riesgo bajo por personal de auxiliares de enfermería y enfermeras y solamente el riesgo alto está llegando a los hospitales universitarios como el hospital Universitario del Valle. También el sistema se adelanta en Bogotá con el hospital San Ignacio de la Javeriana y actualmente está en proceso el hospital universitario de San Juan de Dios de la Universidad Nacional. Lo anterior va a permitir la racionalización de los servicios y la descongestión de los hospitales universitarios, que solamente atenderán el alto riesgo, con una obstetricia de alta calidad, un buen sistema de docencia y un tiempo libre para hacer investigación aplicada, que sirva para la docencia y para las recomendaciones en la prestación de los servicios a nivel nacional.

En la misma forma en que se ha establecido el sistema de prestación de servicios en atención obstétrica, principal-

mente durante el embarazo, parto y post-parto, se trabajó y se determinó el Índice de Riesgo Reproductivo, aplicable a planificación familiar, para establecer un sistema de prestación de servicios en el esquema de regionalización y establecer los métodos que necesitan la mujer y la familia de acuerdo con su riesgo reproductivo; es así como el sistema de clasificación de riesgo, estudia la salud familiar dada por factores económicos, culturales y demográficos y la salud de la mujer, dada por los factores clínicos como antecedentes y los factores clínicos actuales.

La suma de estos factores nos va a permitir la clasificación de riesgo en Alto, Medio o Bajo, lo cual ayuda a determinar hacia qué métodos se debe orientar a la pareja, luego de habérseles dado el conocimiento de los métodos actuales en uso. Por ejemplo: si es un riesgo bajo, cualquier método anticonceptivo que quiera usar la familia se puede ofrecer; si es un riesgo medio se orienta hacia métodos muy efectivos y si es un riesgo alto se orienta hacia métodos muy efectivos o definitivos. De acuerdo a esta organización, hemos tomado la decisión de ir capacitando el personal y dotando de elementos a cada institución y a cada persona, así como la asignación de funciones específicas para aplicar el método y los controles posteriores.

Luego se explicarán los actuales métodos de planificación familiar que se están dando en el país, con el sistema de organización regionalizada en la prestación de los servicios en planificación familiar.

En el área infantil, desafortunadamente, no hemos logrado determinar un sistema de clasificación de riesgo del menor de 15 años. Para nosotros ha sido muy difícil dado que podemos calcular los potenciales de riesgo del recién nacido, pero hasta hoy no hemos logrado establecer riesgo del menor de 5 años, en el

que intervienen además de las condiciones del embarazo, parto, post-parto y recién nacido, los factores del medio ambiente, que resultan demasiados y complican cualquier formulario.

Actualmente se está trabajando en buscar factores que puedan ser potenciales de patología, como es el caso de la desnutrición, que tomando los factores socio-económicos de la familia y luego con el peso al nacer y la adaptación a la vida extrauterina en el recién nacido, se refuerza y constituye un riesgo potencial de desnutrición que se puede iniciar durante el primer año de vida. Este tipo de pacientes deben ser muy bien controlados en supervisión de Crecimiento y Desarrollo, por personal médico de enfermería y promotoras, insistiendo a la madre y la familia de los cuidados, conductas a seguir, para evitar que llegue a límites, iniciar el proceso patológico, con descenso de su peso por debajo de su límite normal.

En esta misma forma se pretende llegar a controlar las enfermedades más prevalentes en la población infantil, como las enteritis y gastroenteritis, por lo que se está trabajando en los programas de control de diarreas y deshidratación, apoyados por saneamiento ambiental, educación a la comunidad, programa de rehidratación a través de sales orales o preparación de sales caseras. Y posteriormente entraremos en un plan de desparasitación masiva de menores de 5 años.

Esto es lo que hemos logrado desarrollar; sin embargo, consideramos que esto no es más que el inicio porque no tenemos más que un sistema de clasificación de riesgo para todo el país y desafortunadamente Colombia tiene una discrepancia de zonas con una diferencia zonal por factores socio culturales, económicos, ecológicos, etc., lo cual hace que el país sea un país de países, por lo cual tenemos que diversificar hojas de clasificación de riesgo para lograr clasificación

de tipo urbano, de tipo rural y clasificación por zonas; por ejemplo: la atlántica, la pacífica, la central, la de los llanos orientales y la zona de la selva; pero para lograr diversificar este instrumento, necesitamos la retroalimentación de cada uno de los hospitales para pasar al computador y lograr las diferencias por zonas.

Por otro lado estamos trabajando por el sistema de la prestación de servicios en atención primaria, secundaria y terciaria; consideramos que la hoja que actualmente tenemos sirve para clasificar pacientes en atención primaria, y que es necesario adicionar hojas de clasificación de evolución de tratamientos para los niveles secundarios y terciarios.

Actualmente a nivel terciario, a nivel de los hospitales universitarios, se está trabajando con la hoja perinatólogica, traída del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), para ir haciendo ajustes a las necesidades propias del país.

Nos quedaría para el futuro sacar la historia del riesgo medio, luego de determinar la historia perinatólogica y teniendo actualmente la historia base.

En conclusión: dentro del Sistema Nacional de Salud, la clasificación de riesgo nos ha permitido determinar a cada persona sus funciones por niveles bien de-

finidos, lo que facilita elaborar manuales de técnicas y procedimientos; estos manuales de técnicas y procedimientos se están haciendo por funcionario de acuerdo con su nivel y las funciones asignadas. Si esto se logra establecer, facilitará administrar los recursos tanto humanos como locativos y de dotación, permitiendo definir la cantidad, la calidad y la capacitación que debe tener el recurso humano, para dar el tipo de atención necesario en cada nivel, porque sabemos exactamente qué tiene que hacer cada quien, cómo lo tiene que hacer, en que sitio y con que elementos lo va a hacer. Una vez ubicados los recursos para prestar los servicios, se debe evaluar permanentemente y estas evaluaciones periódicas permitirán hacer los ajustes en todo el proceso que vimos anteriormente de funciones y de normas, creándose un esquema dinámico y cerrado, donde la administración de los recursos y la administración de los programas está basada preferentemente en las necesidades de los pacientes y de la comunidad y no seguir administrando recursos en forma indiscriminada como hasta el momento se ha venido haciendo.

Consideramos que los esquemas de clasificación de riesgo, nos han permitido determinar todo este proceso y la bondad de los esquemas de clasificación de riesgo está siendo evaluada como se puede ver a continuación.