

PROYECTO MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA

Dr. Miguel Larguía

Jefe de División Neonatología-Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Resumen

La República Argentina, mi patria, nuestro país, enfrenta muchos problemas pero pocos, quizás, tan importantes, por la responsabilidad explícita, como es la Salud Materno Infantil. Aunque en honor a la verdad debiéramos decir la pérdida del derecho a vivir de demasiadas mujeres-madres y demasiadas personas antes y después de nacer. Las causas son muchas, como también son las propuestas racionales de solución. Ajustándonos a los objetivos y metodología de acción del proyecto, limitaremos la discusión a algunas, por considerarlas prioritarias.

I. Introducción y Diagnóstico de situación

1. Las Mega-maternidades y la Salud Pública

En nuestra patria nacen alrededor de 700.000 personas por año. Nacen en distintos lugares llamados maternidades, algunas pocas muy buenas, muchas regulares y mayoritariamente malas. Pertenecen además a un desquiciado sistema asistencial que, simplificando, podríamos decir que es Público o Privado, pero nuevamente, en realidad es mucho más complejo porque hay Obras Sociales, hospitales Privados, todo tipo de cobertura de seguros médicos, etc. Complica finalmente el panorama, la existencia de mega maternidades, arbitrariamente así llamadas por asistir muchos partos, más de 6.000 por año, por ejemplo, pero fundamentalmente por asistir más partos de los que pueden.

Estas maternidades están mal organizadas, sus presupuestos son ineficientes, como sus recursos humanos, insumos, servicios auxiliares, mantenimiento, estructura edilicia, etc., etc. Además gastan mucho dinero (el poco que tienen) y mal.

La reorganización de estas mega maternidades Públicas distribuidas por todo el país haciéndolas eficaces y eficientes es una asignatura pendiente para quienes conducen la Salud Pública por una simple razón: los resultados perinatólogicos no son

buenos y lo que es peor, no mejorarán. Debemos cambiar, por convicción.

2. El Federalismo y la Alienación

Reconocer todas las provincias que hacen grande nuestra Nación. Respetar su cultura, su tradición, su idiosincrasia es mandatorio. Reconocer las virtudes y los problemas locales y regionales es necesario. Considerar las condiciones geográficas y las barreras naturales es imprescindible y así podríamos seguir enumerando enunciados en los que todos estaríamos de acuerdo.

Pero Educación y Salud en equidad, justicia e igualdad de oportunidades tienen que ser óptimas y al alcance de todos los argentinos. Para ello los Programas en sus objetivos y prioridades, en su continuidad, en su financiamiento y en su ejecución, tienen que ser elaborados y consensuados por todos los argentinos y para todos los argentinos. De ellos, a algunos pocos les va bien, pero a otros muchos mal, a veces vecinos separados por límites sólo visibles en los mapas. Es irracional. Es vivir, o peor aún: morir alienado. Sin embargo es lo que nos sucede hoy, aquí. Salud y educación exigen "áreas de acción" que ignoren los límites de las provincias y unan a los argentinos.

3. La problemática social y la pobreza

Es reconocido, y no puede ser obviado, que muchos de los problemas de salud tienen su verdadero origen en condiciones económico sociales desfavorables y esa es la variable prioritaria a corregir.

Estas maternidades están mal organizadas, sus presupuestos son ineficientes, como sus recursos humanos, insumos, servicios auxiliares, mantenimiento, estructura edilicia, etc., etc. Además gastan mucho dinero (el poco que tienen) y mal.

* Reproducido con autorización de la Asociación Argentina de Perinatología

En este sentido, la morbilidad materno infantil está claramente relacionada con necesidades básicas insatisfechas, pobreza estructural, analfabetismo, desempleo, etc. Sin embargo queremos enfatizar que aún corregidos estos indiscutidos factores de riesgo persistirán las actuales condiciones subestándar de nuestra asistencia médica en el área de Salud Pública.

Quienes asumen la responsabilidad de conducir nuestro destino como país deberán mejorar el nivel económico social (NES) de nuestra comunidad. También deberán replantear la oferta de salud “universal y equitativa”.

4. La gratuidad y el maltrato

Existe un concepto muy difundido pero equivocado. La gente piensa y dice: “Los hospitales públicos son gratuitos”. ¡Pues no es cierto! Los hospitales públicos no son gratuitos, en verdad son caros por múltiples razones: funcionan pocas horas del día, el personal tiene índices de ausentismos altísimos, compensados con modalidades de cobertura más costosas aún, el equipamiento tienen un mantenimiento deficiente y muchas veces es inutilizable, no hay auditoria de costos, ni mucho menos de productividad o calidad.

En consecuencia, desde un enfoque empresarial, así administrados son un pésimo negocio. El problema es que los hospitales públicos no parecen tener dueño. Son el Estado y el Estado es nadie, pero nadie somos nosotros, quienes pagamos impuestos o quienes no recibimos los servicios que deberíamos tener. Por lo tanto repetimos que los hospitales públicos no son gratuitos y el dinero que se malgasta es el que debiera utilizarse para su optimización y modernización acorde a las exigencias actuales. Sin embargo, lo que agrava el panorama descrito es que con la excusa de su mentirosa gratuidad se maltrata a la gente que concurre, por falta de recursos, a ser atendida “gratis”, como en verdad corresponde. Además son asistidos como favor a su condición de “pobre” o por generosidad de los empleados públicos. Esta forma de maltrato, con esperas injustificables, horarios de visitas restringidos, postergación de intervenciones, suspensión o prolongaciones de internaciones, cierra una inaceptable realidad de negación.

5. Los programas materno infantiles

Argentina tiene gente muy capaz; sanitarias, sociólogos, filósofos, economistas, médicos, etc.

También existen organizaciones gubernamentales, ministerios, secretarías, comisiones, asesores y ONGs. Hay, por supuesto, organismos internacionales con programas y expertos: UNICEF, OMS/OPS, etc. También sociedades científicas: Asaper, SAP, SOGIBA, Fasgo, Sogba, etc.

Todos conocen el problema Materno Infantil y sus soluciones. Entonces las preguntas del millón

son: ¿Por qué no se resuelven?, ¿Por qué no se han resuelto ya?, ¿Por qué no somos un modelo de coherencia?, ¿Por qué no tenemos los mejores resultados? Los enunciados planteados a continuación intentan una respuesta.

6. Los indicadores, el deterioro y las brechas

Hemos señalado que en la República Argentina los resultados perinatales no son buenos.

Muchos podrían decir que son comparativamente mejores que los de muchos países subdesarrollados, incluso de Sudamérica. El problema es que la variable a comparar es cuánto se gasta en salud para entonces sí, comparar racionalmente. La realidad es que gastamos más que países con resultados muy superiores no solamente en sobrevida sino también en calidad asistencial en salud. La palabra “gastamos más” es más grave aún si agregamos que invertimos menos. Se construyen hospitales nuevos pero no se planifica su inserción en un Sistema Asistencial Integrador, regionalizado con niveles de complejidad. La asistencia preventiva-anticipatoria se declama pero no se jerarquiza ni concreta.

El deterioro más evidente es en **Educación para la Salud**, no solamente de los miembros de las comunidades más vulnerables sino también en los agentes responsables de brindar las acciones de Salud. Capacitación continua con acreditación por evaluación y con jerarquización económica no es el modelo vigente en el que prima la estabilidad y el progreso económico por antigüedad, en realidad “envejecimiento cronológico”. La RA tiene muchos médicos, demasiados según indicadores universales. Sin embargo el desequilibrio se produce porque faltan enfermeras y obstétricas; para las megamaternidades un problema imposible de enfrentar. No se trata de recursos humanos “auxiliares”. Los agentes de salud se complementan, si faltan piezas la estructura se derrumba, no existe.

7. Los organigramas de conducción

Los Centros de atención primaria y las maternidades o Centros Perinatológicos debieran formar **redes inteligentes** que protejan áreas geográficas predefinidas, sin superposiciones, sin omisiones, en función de servicio, con resultados anticipables y progresivamente mejorables.

Para ello tiene que existir un plan consensuado, un presupuesto garantizado en el tiempo, una conducción adecuada y una evaluación continua de las necesidades y de los resultados. También voluntad de cambiar, cuando corresponde para mejorar, siempre en el marco referido de la solidaridad. La conducción clásica, realizada por Directores Médicos, casi siempre estereotipada y personalista, por mejor intencionada que sea, es hoy inaceptable. Los

DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS PARA LOS PROGRAMAS MATERNOS INFANTILES

El cómo y el porqué de los Programas Maternos Infantiles

POR QUÉ

- La mayoría de las muertes maternas tienen un punto en común: la falta de control prenatal.
- La mayoría de las complicaciones del embarazo pueden prevenirse o tratarse.
- Cuidar a la embarazada es también cuidar al recién nacido.
- Cuidar a la embarazada es un deber de la sociedad toda.

QUÉ DEBE LOGRARSE

- Garantizar asistencia primaria a todas las mujeres.
- Promover, proteger y apoyar la alimentación a pecho.
- Reducir la anemia y las ETS en embarazadas.
- Reducir las muertes maternas por complicaciones del aborto.
- Reducir las muertes maternas por eclampsia, hemorragias y partos prolongados o detenidos.
- Reducir las muertes maternas por sepsis puerperal.
- Reducir las muertes neonatales por infecciones.
- Ofrecer planificación familiar.

CÓMO

- Definir una política nacional con objetivos inmediatos y a largo plazo (consensuados).

- Evaluar las necesidades y los costos reales.
- Elaborar un plan de acción por etapas.
- Definir las fuentes de apoyo financiero.
- Implementar detalladamente el plan.
- Monitorizar y evaluar.
- Comprometer a la comunidad haciéndola participe.

Prerrequisitos para el éxito de los PROGRAMAS MATERNOS INFANTILES

- La comunidad debe ser involucrada en el desarrollo, implementación y evaluación del programa de la que es destinataria.
- Los agentes de salud deben trabajar integrados con espíritu de equipo y de colaboración.
- La intervención debe ser efectiva (costo-beneficio) y mantenible en el tiempo.
- Debe existir una autoridad responsable supervisada y con control de gestión.
- La asistencia debe asegurar calidad además de accesibilidad e implica la capacitación y el equipamiento necesario.
- Deben utilizarse tecnologías apropiadas por ser efectivas y de menor costo.
- Las intervenciones deben basarse en información científica válida.
- El programa debe garantizar accesibilidad para todos.

Los recursos humanos y materiales no deben concentrarse exclusivamente en los niveles de máxima complejidad sino redistribuirse periféricamente y en las comunidades (descentralización).

conductores tienen que estar al servicio de la gente para la solución de sus problemas. Para ello, tienen que conocerlos y elaborar proyectos para enfrentarlos y resolverlos. Los Directores deben facilitar la tarea de los agentes de salud para hacerlos eficientes y eficaces y el cumplimiento de este objetivo será la valorización de su gestión.

Necesariamente, la conducción tendrá que ser **multidisciplinaria y compartida**. Redes con múltiples lazos en diferentes niveles: información-interacción, sinergismo, comunicación, solidaridad.

Mucho por cambiar. No atreverse a hacerlo, es envejecer.

8. La cultura de la inmediatez y el materialismo

La sociedad entera enfrenta una crisis moral y ética. Aún sin ser nihilistas ni pesimistas debemos

aceptar que la cultura vigente es la de la inmediatez y el materialismo. Desde casi todos los estratos se alienta en forma irreflexiva el consumo, creando adicciones, desvirtuando las escalas tradicionales de valores y el desear el bien al otro. El amor al prójimo no es una conducta que despierte entusiasmo o admiración. Sabio, ya no es el que saborea la vida, ni rico es el que menos necesidades tiene.

La complejidad nos aproxima al canibalismo y los márgenes de rentabilidad rigen las decisiones empresariales.

Es por lo tanto necesario originar cambios que redescubran la contra cultura de la solidaridad. Precisamente este proyecto de maternidades Centradas en la Familia se encuadra en la definición de solidario y su humilde propuesta, que conlleva tan sólo cambios de actitudes, es lo que le otorga grandeza y trascendencia.

Es un proyecto fácil de imitar y muy posible de mejorar y de ampliar extendiéndose a otros ámbitos sociales. Crea además, inmediatas y genuinas gratificaciones permitiendo a muchas personas redescubrir su misión en la vida.

II. Maternidades centradas en la familia

1. Concepción filosófica

En nacimiento de un hijo es un acontecimiento familiar, la materialización de la concepción de un hijo=persona, única e irreplicable. Es la trascendencia de los padres y de los abuelos en la comunidad, en el mundo, en el universo infinito. El nacimiento de un hijo sucedía en el hogar, rodeada la madre por sus seres queridos, por sus próximos conocidos. La habitación era la propia, acogedora, no atemorizante, rica o pobre pero reflejando sus gustos, su idiosincrasia, su cultura.

La institucionalización del parto persiguió un fin válido e indiscutible, proteger a madre e hijo. Disminuir sus riesgos de enfermar o morir. Ofrecer tecnologías más complejas, infraestructuras, servicios auxiliares, especialistas, etc. El objetivo válido se logró pero con un costo impensado. La institucionalización del parto, especialmente en las mega maternidades amputó el grupo familiar y no reprodujo la ambientación del hogar. Las antes dueñas de casa, esposas-madres, son ahora pacientes. Las familias son extranjeros con horarios restringidos. Los hermanos no conocen al nuevo. Los abuelos deben esperar por su nieta/o. Las instituciones, aterradoras hospitales, mal diseñados para enfermos, se han apropiado de madres e hijos antes y después de nacer, y creen ser generosos por ello y motivo de reconocimiento y agradecimiento. Las mega maternidades no escuchan las necesidades de quienes asisten y por ende no las reconocen ni satisfacen. No saben quiénes son los verdaderos dueños de casa y creen serlo ellos. Ellos, es decir nosotros los agentes de salud, a quienes nos pagan por servir a la gente sólo pensamos en nuestras necesidades. Aún creemos con omnipotencia que nuestra misión es curar.

Urge redefinir nuestra identidad y aceptar que las madres y sus familias son los verdaderos dueños de *casa*.

2. La cultura de la solidaridad

Hemos señalado que la inmediatez, el materialismo, las adicciones, tienen como destino para el hombre sólo la muerte y que la contracultura imprescindible para la vida, es la solidaridad.

Esta puede expresarse en todos los ámbitos y desde todas las personas, pero ningún lugar es tan indiscutible para ejercerla como en las maternidades, sobre todo las públicas.

Respetar a la mujer embarazada es un acto solidario que se hace extensivo a la persona en gestación. Respe-

tar su derecho a la vida es también un acto solidario porque todos nosotros lo tuvimos. *Todos fuimos recién nacidos*. La solidaridad en las maternidades fortalece la autoestima de las mujeres-madres y facilita el establecimiento de un sólido vínculo madre-hijo protector y curativo de situaciones sociales frecuentemente muy desfavorables. Las maternidades, con el ejemplo, tienen que enseñar que la solidaridad es posible y además gratificante para quien la ejerce. La solidaridad es una actitud ética inherente a los agentes de salud y debe hacerse extensiva al grupo familiar. Maternidades respetuosas centradas en las familias. Una forma de vivir en plenitud.

3 La Familia, la mujer embarazada y la sociedad

La *familia* es la estructura base de una sociedad que pretenda ser sana. La familia es la identidad de la sociedad. Si existe, esa sociedad será coherente y cada uno de sus integrantes conocerá cuál es su misión en la vida y confiará en los otros.

Aceptadas estas definiciones, el proyecto "Maternidades centradas en la familia" deberá surgir como una necesidad de la sociedad de manifestarse a favor de esta iniciativa.

Precisamente este prerrequisito es fundamental para el éxito del programa. No debe, no puede surgir como una concesión generosa de la dirección de una maternidad, sino como un derecho postergado de la gente. La sociedad debe conocer el proyecto, mejorarlo a través de su sabiduría y expectativas e implementarlo a través de sus representantes políticos, ONGS, empresas, etc.

El impacto de su ejecución deberá superar marcadores crudos tales como mortalidad materna o perinatal porque influirá positivamente en indicadores de calidad y de satisfacción del cliente. En este caso nada menos que de los "dueños de casa".

4 Reformulación del rol de los hospitales y sus agentes de salud

La imagen social de un hospital se expresa como el poderoso casi mágico lugar, al que concurren los enfermos para que se les devuelva por "generosidad" la salud perdida.

Incluso la nueva pretensión de estar sano es mezquina, ya que sólo incluye la ausencia de enfermedades orgánicas, sin entender que la definición debiera ser mucho más amplia abarcando: paz, creatividad, libertad, capacidad de amar y ser amado, etc.

Los hospitales, como los médicos, deben perder esa imagen de omnipotencia, porque no la tienen y comprender que sus roles obligatorios e indelegables son acompañar y consolar al enfermo, cualquiera sea su tipo de enfermedad, en el marco de su familia a quien pertenece e integra.

Los hospitales deben lamentarse de asistir sólo a

enfermos, porque lo valioso en la vida es mantener sano al sano. Para ello deben rejerarquizar sus áreas de Medicina Preventiva y Anticipatoria.

Los hospitales y sus agentes deben brindar Educación para la Salud en los términos en que la hemos definido.

Los médicos, enfermeros, técnicos y otros deben dejar de deslumbrarse por acciones transversales, mal consideradas heroicas, muchas veces reflejo de habilidades artesanales.

El nuevo modelo digno de respeto es el solidario, el de servicio, en equipo, sumando esfuerzos longitudinales, todas las horas del día, de todos los días, de todos los años, por toda la vida. Un delantal blanco no debe provocar admiración, sino despertar confianza. Este es nuestro verdadero rol, el que nos hará trascender.

III. Objetivos

El proyecto tiene dos objetivos de muy bajo costo en términos presupuestarios, materiales o económicos. Este hecho no los hace fácil, pero sí posibles y en un corto plazo. Su simple enunciado es casi autoexplicativo.

1. Lograr un cambio de actitud

Lograr un cambio de actitud en los agentes de salud de las maternidades públicas y privadas y muy especialmente en las que denominamos mega maternidades. El cambio de actitud esperado es el de reconocer a la mujer-madre embarazada y a su hijo antes y después de nacer como los verdaderos y únicos dueños de casa, personas-destinatarios de nuestra asistencia integrada por todos en función de disponibilidad solidaria.

2. Incorporar “Servicios para la Familia” a los organismos hospitalarios

Incorporar a los organigramas de conducción de las maternidades mencionadas un sistema de programación y ejecución de los Servicios para la Familia. Aceptando por comprensión de la validez de la propuesta de centrar las maternidades en las Familias entendiendo que son la estructura básica y fundamental de la sociedad y que el nacimiento de un hijo es un acontecimiento familiar. Como tal debe ser respetado y protegido. Desde esta estructura de servicio sus integrantes llevarán a cabo propuesta simples como las que resumimos en Metodología.

IV. Metodología

1. Implementación de la iniciativa

“Hospital Amigo de la Madre y del Niño”.

En Objetivos afirmamos que el proyecto se basa

fundamentalmente en producir cambios de actitud y no es la adquisición de costosa, o compleja o sofisticada tecnología. El primer paso en ese sentido es cumplir la iniciativa “Hospital Amigo...”, son diez pasos para la promoción institucional de la lactancia materna. Esta meta plena de sentido común y de respeto por el prójimo, en este caso las mujeres-madres y sus hijos, es posible de cumplir con un solo prerrequisito: estar dispuesto a cambiar de actitud, para mejorar, para desear el bien... del otro. El Hospital Materno Infantil R. Sardá, un hospital público argentino, una mega maternidad con 6.000-7.000 partos anuales, cumplió la iniciativa y fue recertificado, demostrando la continuidad de las acciones. ¿Mérito de algunos? ¡Mérito de Todos! Porque *todos* son protagonistas. El objetivo es compartido y la acreditación no es premio, es un desafío a asumir el compromiso con convicción y responsabilidad, es decir con coraje. Estos son los cambios que más valor requieren porque deben superar la peor de las barreras: la de los indiferentes.

2. Crear hogares o Residencias para Madres de Recién Nacidos con internaciones prolongadas en los servicios de Neonatología

Los padres de los RN patológicos, asistidos en hospitales, en especial los prematuros, pertenecen en su gran mayoría a grupos muy vulnerables de alto riesgo social sanitario. Muchas de las madres son adolescentes y/o solteras, los embarazos han sido no deseados, el nivel socio económico y cultural suele ser muy bajo y son frecuentes los antecedentes de hijos anteriores fallecidos de causas prevenibles.

La mayoría no ha realizado controles prenatales y viven lejos del hospital, sin recursos materiales para viajar. El nivel de alarma es muy bajo, las conductas sanitarias son muy pobres y su capacidad para exigir y demandar es mínima. Si a este breve pero dramático enunciado agregamos los sentimientos de frustraciones y culpa por no haber completado el embarazo, la decepción y el temor que el actual prematuro, tan distinto del hijo imaginado, les produce; la sensación de duelo anticipado ante la posibilidad de muerte y las dificultades de obtener consuelo o apoyo de un grupo familiar imperfecto o inexistente, es lógico anticipar conductas patológicas tales como rechazo, abandono, privación materna o maltrato.

El nacimiento de un **prematuro** siempre asusta. No se ajusta a las expectativas previas ni satisface el anhelo de un hijo soñado, no es el bebé para mostrar. Los padres no encuentran en él los “parecidos” necesarios para identificarlo y poder rápidamente apegarse y vincularse. La confusión inicial es grande. El prematuro puede vivir pero también morir. Las expectativas son a corto plazo.

Comprendida esta situación tan peculiar y compleja de los padres de prematuros, las unidades de

RECOMENDACIONES PARA LOS DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Elaborado por la Comisión de Lactancia Materna de la Sociedad Argentina de Pediatría, marzo de 1993.

Paso 1: Tener una política de Lactancia Materna que sea periódicamente comunicada al personal.

- 1) Elaborar una política y normas escritas sobre la Lactancia Materna en cada Institución.
 - a) Apoyándose en las existentes (cuando las hubiera); tener como referencia para su elaboración el documento "Protección y apoyo de la Lactancia natural: La función especial de los Servicios de Maternidad", OMS-UNICEF, 1998
 - b) Adaptándose a la realidad de cada lugar.
 - c) Buscando, en las distintas áreas de atención al público, el consenso para su elaboración y aplicación.
- 2) Difundir la norma en todos los niveles del personal, en forma impresa, y que sea expuesta para todo el equipo de salud.
- 3) Nombrar una comisión y un coordinador del programa de Lactancia Materna en cada institución.
- 4) Difundir en cada establecimiento todos los aspectos relacionados con el código de comercialización de sucedáneos de la Leche Materna (OMS-81) y el Decreto Ministerial relativo a su-presión de suministros gratuitos (12/92).
- 5) Dar a conocer a todo el personal del hospital que en la institución se promueve, protege y apoya la Lactancia Materna.
- 6) Extender la difusión de estas normas a Centros de Salud, Obras Sociales, Guarderías, etc., relacionados con la institución o pertenecientes a su zona de influencia.
- 7) Apoyar la difusión de esta política por medio de afiches, audiovisuales, videos, etc.

Paso 2: Capacitar a todo el personal para implementar esta política.

- 1) Institucionalizar la capacitación en Lactancia Materna en un 100% del personal de la Institución, dando a conocer la política de protección, promoción y apoyo a la misma, con la participación activa de los departamentos de docencia. El principal objetivo docente es que cada persona haga suya la política institucional de promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna.
- 2) Coordinar con el comité o el responsable de docencia las actividades de capacitación.
- 3) La capacitación comenzará cada vez que ingrese personal a través de un asesoramiento individual y se reforzará periódicamente con actividades grupales de capacitación, conforme a un programa escrito y accesible para su consulta. La capacitación debe ser

en servicio; las actividades prácticas no deben ser inferiores al 20% de las horas tales. Se recomienda repetir la capacitación cada seis meses.

- 4) Extender esta capacitación a todo el personal interesado del área de influencia, con especial énfasis en los Centros de Salud.

Paso 3: Informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y manejo de la Lactancia Materna.

A todas las embarazadas que asistan al Servicio de Atención Prenatal se les deberá informar como mínimo:

- a) La importancia y ventajas de la leche materna.
- b) La importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida
- c) Cómo prepararse para la lactancia.
- d) Las técnicas del amamantamiento.

Toda ésta información deberá ser consensuada con el equipo de salud, incluyendo grupos de apoyo y personal voluntario.

Se resalta el valor del trabajo de las voluntarias, recomendándose facilitar y jerarquizar su labor. Se sugiere conectar a las embarazadas con los grupos de apoyo a la Lactancia Materna.

Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto.

- a) El personal deberá ayudar a la madre a iniciar la lactancia natural durante el período sensible, comprendido en la primera media hora postparto, evitando interferencias en la relación madre-hijo.
- b) Esta misma práctica deberá ser aplicada a los casos de operación cesárea en los que se realice con bloqueo peridural y el estado de la madre y el niño lo permitan.
- c) Se tratará, en lo posible, de eliminar rutinas analgésicas, anestésicas u oxitócicas, recomendándose revisar las rutinas anestésicas con anesthesiólogos, obstetras, obstétricas, neonatólogos y pediatras.
- d) Insistir en que no existe justificación científica para separación madre-hijo en el parto normal y, por el contrario, está demostrado lo iatrogénico de esta práctica.

Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun si se separan de sus bebés.

- a) Mostrar a las madres todas las técnicas del amamantamiento: posiciones, frecuencia de mamas, mecanismos de succión, etc. Esta enseñanza

debe ser individual (considerando las características de cada madre en particular) y grupal (para que las dudas o problemas de algunas madres sirvan para todas las demás).

- b) Se debe enseñar a todas las madres cómo realizar la extracción manual de su leche y reforzarlo con información gráfica y/o escrita.
- c) Esta misma información debe trasladarse a las madres con operación cesárea.
- d) Debe prestarse especial atención a las madres con niños que tienen que ser separados de ellas por requerir cuidados especiales. A estas madres deberá enseñarse cómo mantener su producción de leche a través de la extracción periódica, por lo menos seis veces al día.
- e) Facilitar a las púerperas con recién nacidos internados, residencias para madres en la instalación.
- f) Todo el personal médico y paramédico de estos servicios deberá manejar adecuadamente esta información para poder enseñar y apoyar a las madres en esta práctica.

Paso 6: No dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna.

- a) A los recién nacidos no se les debe administrar ningún alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente justificado, indicado por escrito y sólo en casos individuales. Para ser un criterio médico aceptado deberán tomarse como referencia las normas adjuntas. Ver "*Razones médicamente aceptables de suplementación*" OMS-UNICEF.
- b) En los niños con cuidados especiales deberá ser suministrada, siempre que sea posible, la leche extraída de sus propias madres.

Paso 7: Practicar la internación conjunta, facilitar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.

- a) Todos los recién nacidos de partos normales deberán estar en internación conjunta con sus madres.
- b) Los niños de cesáreas deberán ser considerados de igual manera, salvo que existan complicaciones. Recomendamos facilitar la permanencia de un acompañamiento de apoyo.
- c) Los casos de complicaciones o patologías maternas deberán ser considerados en particular, con la intención de mantener a los niños en alojamiento conjunto con su madre, salvo que existan contraindicaciones expresas. Se recomienda el uso de medicamentos

compatibles con la lactancia materna.

En su lugar deberán establecerse áreas de transición conjunta (madre-hijo) si se cree necesario.

- d) No deberán existir "nurseries" ni áreas de transición o recuperación para recién nacidos normales;
- e) Se recomienda revisar los criterios de separación del niño y su madre en los casos de patología neonatal de baja complejidad, para que pueda ser manejada en internación conjunta.

Paso 8: Fomentar el amamantamiento a libre demanda y frecuente.

- a) Es fundamental orientar a las madres sobre la importancia de amamantar a demanda del niño, sin horarios, cada vez que el niño quiera, tanto de día como de noche. La mayoría de los recién nacidos se alimentan entre 8 y 12 veces por día.
- b) Aconsejar a la madre que despierte al niño si éste duerme demasiado o si sus pechos están muy cargados.

Paso 9: No recomendar tetinas, chupetes u otros objetos artificiales para succión a los recién nacidos normales.

- a) Es fundamental que en las maternidades no se utilicen biberones ni chupetes para los recién nacidos.
- b) En los recién nacidos normales es importante que toda necesidad de succión sea satisfecha con el pecho de la madre; no se ofrecerán biberones.
- c) En los niños que requieren cuidados especiales se favorecerá la alimentación con leche de su madre y, siempre que sea posible, directamente del pecho. Tener en cuenta métodos alternativos (cucharita, gotero, relactador, jeringa, vasito, etc.)

Paso 10: Fomentar la creación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y referir a éstos a las embarazadas y madres.

- a) Un grupo de apoyo a la lactancia materna es un grupo de mujeres (generalmente embarazadas y madres en período de amamantamiento) que se reúnen con el fin de intercambiar información, reflexionar y darse apoyo en todo lo que se refiere a la lactancia materna. Es conveniente que estos grupos sean coordinados por mujeres que previamente hayan recibido capacitación y tengan experiencia positiva de amamantamiento.
- b) Facilitar el trabajo de los grupos de apoyo en los servicios de salud.

internación deben dar sentido y realidad a las cosas. Deben "activar" a los padres y conectarlos al "circuito" asistencial. Tiempos de alejamiento son tiempos de desconexión. La promoción de la Lactancia Materna y la extracción de calostro son ejemplos de acciones maternas en el cuidado de sus hijos. Los

padres finalmente lograrán aceptar, conocer y querer a su hijo real. El vínculo establecido, si sólido y sano, es preventivo y curativo de las posibles conductas patológicas mencionadas.

Los servicios de Neonatología, para promover y facilitar una participación activa de los padres en el

cuidado de sus hijos prematuros y/o enfermos, deben ofrecer una propuesta racional de solución integral, grupal y comunitaria para las madres de Recién Nacidos (RN) patológicos cuyas internaciones, seguramente, serán prolongadas. Las madres de prematuros enfrentan una difícil y conflictiva situación de vida y su posibilidad de diálogo con sus familiares y amigos son escasas. Es poco probable que encuentren apoyo, comprensión, consuelo y consejos positivos en quienes desconocen el problema de la prematuridad, sus verdaderas implicancias y las reales posibilidades actuales de sobrevivida sin secuelas.

Los familiares, casi siempre, agravan el sentimiento de duelo anticipado (“mejor que se muera”; “quedan todos mal”), las sensaciones de negación, evasión y proyección, o fomentan un optimismo irracional que no se ajusta a la realidad.

Las unidades de internación deben mejorar los sistemas de comunicación e información a los padres.

La posibilidad de crear una comunidad de padres con un problema en común (sus hijos prematuros), en un lugar común (el hospital) es ideal para conseguir el apoyo y la comprensión que estas personas necesitan para sí y entre sí.

El diálogo se ajusta a la realidad. Las preguntas y sus adecuadas respuestas tienen un efecto esclarecedor y motivador que se multiplica. La participación activa también se multiplica. Finalmente, se fortalece el vínculo con la institución, hecho fundamental para un positivo seguimiento de la salud por consultorios externos.

Propósitos de una Residencia hospitalaria (R.H.)

La RH posibilita la permanencia continuada de las madres de RN prematuros y/o enfermos junto con sus hijos internados en los Servicios de Neonatología.

La RH al ofrecer vivienda (cama, baño y alimentación) a este grupo de personas vulnerables, y al integrarlas como comunidad con un problema en común, modifica las condiciones negativas señaladas, principalmente las interferencias hospitalarias. Las madres en la RH viven en inmediata proximidad con sus hijos y si bien pueden viajar a sus hogares a cuidar de los hermanos, si los tuvieran, no necesitan hacerlo diariamente o aun varias veces por día con los costos que representan y el tiempo y desgaste físico que insumen. Las madres, al superar el temor a los procedimientos, monitoreos y equipamientos propios de los cuidados intensivos neonatales y al elaborar más eficientemente la sensación de duelo anticipatorio, se convierten rápidamente en auxiliares de enfermería. En los sectores de Crecimiento de Prematuros, las madres con entrenamiento previo y con la supervisión de enfermería pueden desempeñar funciones tales como control de temperatura,

higiene y cambio de pañales, alimentación por gavage con jeringa por sonda nasogástrica, logrando una estimulación individualizada.

En la RH se pueden llevar a cabo acciones de educación para la salud, de evaluación de riesgo social-sanitario y de integración familiar tales como la visita de hermanos y la visita de abuelos.

La RH, al ofrecer también un área de recepción-estar de padres, también posibilita la integración de ellos con el Centro Perinatólogo y con su personal. Las madres en la RH realizan tareas ocupacionales, forman clubes de apoyo mutuo y reciben las visitas de exprematuros en seguimiento por consultorios externos, acompañados por sus padres también “ex” ocupantes de la RH.

Estos hechos fortalecen la autoestima interna y ofrecen perspectivas de futuro “cierto”, difícil de aceptar en el contexto de Terapia Intensiva contemporánea en que viven momentáneamente. La RH es una trascendente acción asistencial, de bajo costo y con beneficios tales como: relactación, perseverancia en la alimentación a pecho, reducción de los porcentajes de deserción en los consultorios externos de seguimientos especiales y de reingreso por enfermedades prevenibles.

También la RH actúa como variable preventiva de patologías asociadas con la prematuridad como maltrato, abandono y privación materna.

Organización

La Residencia hospitalaria para Madres de Recién Nacidos Prematuros y/o Patológicos debe planificarse dentro del Centro Perinatólogo y próximo al Servicio de Neonatología y a la Sección de Lactancia Materna.

Basados en la concepción de vivienda-hogar sustituto para una comunidad de personas vulnerables, la planta física debe ser funcional, asegurar confort y tener una apariencia hogareña y acogedora. En su diseño arquitectónico se debe incluir:

- Habitaciones para 4 personas, con baño y placards, mesitas de luz individuales. El número de camas debe ser suficiente para alojar tantas madres como RN se asisten en el Servicio de Neonatología.
- Salón comedor-aula, para ofrecer las comidas y desarrollar tareas grupales incluyendo educación para la salud y las actividades de apoyo al Servicio.
- Lavadero y tendedero de ropa con comodidades para la instalación de equipos para tal fin. Si no existen baños en el sector de dormitorios, éstos pueden agruparse (lavamanos, duchas, baños propiamente dichos) en esta misma área, en cantidad suficiente según número de camas. Debe ofrecerse agua caliente (central o con calefones).

- El sector de recepción debe ubicarse fuera del sector de dormitorios-baños para no comprometer la privacidad de la RH, pero debe posibilitar la visita de padres, hermanos, abuelos y familiares en general. También debe incluir baños para hombres, mujeres y niños.

Extracción de Leche Humana, Anexo a la RH e inmediato al laboratorio de Fórmulas Lácteas; debe programarse este sector imprescindible para mantener la lactancia materna y para administrar la leche humana de sus madres a los RN prematuros. El Sector necesita una pequeña sala de espera, un cambiador, lavatorios y el área de extracción con posibilidad de hacer funcionar dos o más equipos de extracción de vacío negativo, intermitente y regulable. Sistemas de calefacción para invierno y refrigeración (ventiladores de techo) para verano.

En el diseño de la planta física debe presentarse especial atención en la decoración de manera de cumplir el objetivo de una ambientación hogareña.

Las RH no deben ser lujosas, pero sí dignas y acogedoras y no deben reproducir el modelo hospitalario clásico y atemorizante.

La organización y dirección de un grupo grande de madres, viviendo una situación tan difícil y compleja como es la de tener sus hijos enfermos, muchos de ellos con riesgo de morir, no es tarea fácil. Además, la continua renovación de madres por el ingreso y/o altas de sus hijos condiciona un intenso desgaste ante la continuidad interrumpida de la tarea de control, supervisión y apoyo.

También es frecuente el ingreso de madres conflictivas o en situaciones de crisis, tales como portadoras del virus de inmunodeficiencia humana, marginadas sociales, madres solas, etc.

Por todas éstas razones es recomendable delegar la responsabilidad de la conducción de la RH al Servicio de Voluntarias. Estos grupos de mujeres de mejor nivel económico, social y cultural, caracterizados por su vocación de ayudar al prójimo más necesitado, con grandeza y sin egoísmo, ofrecen la mejor garantía de éxito en la gestión. El Centro Perinatólogo debe aportar el recuso humano profesional para cumplir los objetivos particulares de una institución centrada en la familia. Es necesario contar con equipos multiprofesionales: psicólogos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales, enfermeras profesionales y médicos (incluyendo los responsables del seguimiento de prematuros).

3. Rediseñar maternidades para lograr una ambientación hogareña

Las maternidades deben centrar sus servicios en las familias y entender que es una población mayoritariamente sana: mujeres-madres gestando hijos, luego además personas recién nacidas. Todas dig-

nas de ser respetadas y con derecho a la vida.

Los partos hasta no hace mucho eran domiciliarios. El entorno era familiar y hogareño.

Su institucionalización fue considerado un progreso porque se entendió que se brindaba así mayor protección a madre e hijo y es cierto. Sin embargo, en pos de esa protección profesional-asistencial válida, como ya expresamos, se cambió la ambientación hogareña por las estructuras edilicias hospitalarias.

Estas fueron diseñadas por arquitectos para programas formulados por los médicos. Es decir que a los verdaderos protagonistas, a los que definimos como dueños de casa, no se los consultó. Con franqueza, los hospitales públicos son estéticamente feos y las maternidades también por la simple razón de que se parecen no a casas lindas sino a deslucidos hospitales, casi siempre además viejos en el sentido de deterioro.

¿Qué hacer entonces? Muy simple: las estructuras de una maternidad, con una cuota de buen gusto, otra cuota de sentido común y con los conocimientos de un buen decorador, pueden parecerse a una casa, sin perder su condición de centro asistencial. Es más, la propia comunidad, si es invitada a hacerlo, podrá participar de las propuestas decorativas. Finalmente ¿dónde es que uno se siente más seguro? ¡En nuestra casa!

4. Inducir la participación de la comunidad en estructuras de Servicio de Voluntarias

La comunidad no puede permanecer ajena a este proyecto ya que en definitiva es su destinatario.

Los estratos sociales más cultos y de mayores recursos económicos deben ser muy especialmente convocados, precisamente por poseer esas condiciones. Si debe entenderse que los Servicios de Voluntarias deben ofrecer organizaciones serias que aseguren disponibilidad en el marco solidario del proyecto. Las personas que se integran deben ser sanas emocionalmente porque los hospitales y las maternidades no son curativos ni áreas de compensación afectiva. Tampoco cubrirán reivindicaciones postergadas. El prerrequisito de un/a voluntario/a es la humildad hasta el punto de aceptar que puede no ser reconocida por el esfuerzo de su tarea. Su gratificación será la que surgirá de su propio ser, su propio interior. Específicamente en las mega maternidades los Servicios de Voluntarias cuidarán con amor a las mujeres/madres para que ellas a su vez cuiden con amor a sus hijos con un vínculo/apego fortalecido justamente por ser valoradas.

5. Organizar la visita de abuelos y hermanos

En las mega maternidades los censos ocupacionales son elevados y, como señalamos, no fueron

diseñadas ni pensadas en términos de los grupos familiares casi siempre, afortunadamente, numerosos. Para las madres y sus hijos en internación conjunta, el injusto período de separación de su familia es breve, aunque, insistimos, injustificable, tan acotados de los "horarios de visita", siempre vespertinos, para el conveniente desencuentro con el médico de cabecera.

Pero para las madres de hijos enfermos y/o prematuros que permanecen internados ahora por largos períodos de tiempo, en los Servicios de Neonatología, la prolongada separación es inaceptable, muy perjudicial y debe ser corregida.

Para ello deben organizarse las visitas de abuelos y hermanos. No como ingresos rutinarios o permisos "graciosos" sino como intervenciones médicas jerarquizadas por su trascendencia. Abuelos y hermanos en días diferentes deben ser recibidos con respeto y estima por grupos multidisciplinarios expertos en comunicación que ofrecerán explicaciones y reconocerán la importancia de su participación en la asistencia integrada de sus nietos o hermanos.

Las madres fortalecerán su autoestima y apego con sus hijos ante la aprobación siempre entusiasta de los abuelos. Los hermanos ajustarán la realidad de la que ahora participan, cambiando fantasías previas perjudiciales y desestabilizantes de sus conductas. Notables beneficios con una nueva acción que tan solo exige humildad en los agentes de salud. Gratificantes testimonios de los dueños de casa, ahora en función de tales.

6. Salas únicas de trabajo de parto, parto y recuperación

Introducción

El parto ha sido históricamente un acontecimiento eminentemente familiar de trascendencia excepcional ya que para los padres se trata del nacimiento de un hijo y para la familia, la llegada de un nuevo miembro. En épocas pasadas, el parto fue domiciliario. El progreso del conocimiento médico y el acceso a tecnologías cada vez más sofisticadas convirtió la institucionalización del parto en un objetivo prioritario, coherente con el indiscutible deseo de disminuir hasta evitar muertes maternas, fetales y neonatales. Así entendida, la creación de maternidades constituyó y constituye un progreso valiosísimo en Salud Pública y así se reconoce registrando los partos domiciliarios como indicador de cobertura imperfecta.

Sin embargo, el diseño y la organización de las maternidades no se ajustó a las necesidades de las mujeres embarazadas y sus familias, sino a los programas médicos tradicionales imperantes en hospitales generales.

A esta concepción de medicina reparadora o correctiva destinada a gente enferma, mayoritaria-

mente sin recursos ni capacidad de opinión o disenso, se agregó el temor por las infecciones y su prevención mediante técnicas de aislamiento. Como consecuencia, las maternidades se parecen a hospitales, son casi siempre atemorizantes o rechazantes y carecen de ambientación hogareña y de comodidades para los grupos familiares, antes también protagonistas, en el acontecimiento del nacimiento de las personas.

Actualmente, el objetivo final de la institucionalización del 100% de los partos es tan válido como siempre, pero las maternidades se redefinen como Instituciones al servicio de las mujeres embarazadas y sus hijos antes y después de nacer, centradas en la familia. La reformulación de la organización y diseño de los Centros Obstétricos es coherente con este nuevo objetivo de la Perinatología.

Diseño y Organización de las Salas únicas de TPR

La concepción clásica y aún vigente en la mayoría de los centros obstétricos de maternidades públicas argentinas se basa en la asistencia diferenciada del Trabajo de Parto, del Parto y de la Recuperación o Puerperio (TPR), realizada en lugares diferentes. Este tipo o modalidad de organización tiene las siguientes desventajas:

- Aísla a la mujer embarazada de su grupo familiar y/o de un potencial acompañante.
- Implica dificultosos e incómodos traslados en camilla de los sectores de preparto, a los de parto y luego a recuperación.
- Exige mayor cantidad de recursos humanos: enfermeras, camilleros, mucamas, etc., al no ser estos concentrados en un solo lugar.
- Condiciona mayor consumo de ropa y material, tareas de limpieza y esterilización. Asume el Trabajo de Parto y Parto no como un evento natural sino quirúrgico, con mayor utilización de medicamentos y procedimientos invasivos. Atemoriza a la futura madre por los cambios y la ambientación hospitalaria.

Desde hace años existen publicaciones con propuestas alternativas que se resumen en la concentración de las funciones asistenciales en una sola sala con ambientación hogareña, en la cual la gestante realizará su trabajo de parto, parto y recuperación "TPR".

Estas salas no renuncian a ninguno de los progresos médicos-tecnológicos apropiados para garantizar el bienestar materno-feto-neonatal y el control o tratamiento del dolor. Es decir que en las Salas TPR se pueden efectuar, por ejemplo, monitoreos, anestesia peridural u otras, y una correcta recepción-reanimación del recién nacido. Tal cual se observa en los planos de distintos tipos de salas TPR, todo el personal de salud puede participar activa y eficientemente en sus respectivas funciones: médico obstetra, pediatra neonatólogo,

anestesiista, monitorista, obstétrica y enfermera. Además existe espacio suficiente para la presencia de familiares o acompañantes si es posible, recomendable. Luego de la recuperación inmediata, la madre en interacción precoz y continua con su hijo/a recién nacido, puede ser trasladada en silla de ruedas a los sectores de Internación Conjunta.

Las ventajas son múltiples:

- Se pueden atender partos de bajo y alto riesgo
- Permite efectuar monitoreos y anestesia regionales si corresponden.
- Facilita el trabajo del médico obstetra y de la obstétrica con un mujer embarazada con disponibilidad de todos los recursos, sin complejos e innecesarios traslados, con la única excepción de derivación a quirófano para operación cesárea si surgiera la indicación.
- Ahorra tiempo y número de personal y también ropa e insumos.
- Durante todo el turno, el personal de enfermería es el mismo para la madre que realiza, además, el trabajo de parto y parto en una misma habitación decorada para reproducir una ambientación hogareña.
- La amplitud de la Sala TPR permite el ingreso y estadía de familiares y/o acompañantes según indicaciones del médico obstetra u obstétrica.
- Como Servicio, tiene mejores posibilidades de aceptación por la comunidad y promociona a la Institución y a los Médicos de Cabecera.

La planificación se debe realizar en base a la siguiente información:

- Número de partos anuales.
- Porcentaje y tendencia de operación cesárea.
- Porcentaje ocupacional máximos y mínimos.
- Porcentaje de partos de alto riesgo (que no utilizarán las Salas TPR).
- Promedio de días de internación según parto vaginal o por cesárea.

El Servicio debe contar con los siguientes espacios:

- Depósito de ropa limpia e insumos.
- Area de limpieza de material depósito de ropa sucia.
- Depósito de equipamiento y elementos para monitoreo y anestesia.
- Vestuarios y baños, oficinas y estar para el personal médico y paramédico.
- Las áreas de trabajo del staff tienen fácil comunicación y acceso a las áreas de los pacientes.
- Los insumos y elementos de trabajo están descentralizados y próximo a las áreas de los pacientes.
- Los corredores son amplios para permitir la circulación de camillas, sillas de ruedas y carros de transporte de insumos.

- El equipamiento puede guardarse en depósito propios y no se estaciona en los corredores.
- El estar de médicos y sus oficinas se ubican en la periferia.
- La entrada y salida de familiares y pacientes son accesibles y bien señaladas.

Esta forma de atención del Parto tiene ventajas administrativas:

- Ocupan menos espacios que el sistema clásico de tres Salas para Trabajo de Parto, Parto y Recuperación.
- Reduce costos de espacio, de equipamiento y de infraestructura eléctrica, mecánica, etc.
- Puede convertirse en Sala de Parto Convencional o de Alto Riesgo.

Tiempo de utilización por paciente	
Trabajo de Parto	6 hs
Parto	2 hs
Recuperación	1-3 hs
Limpieza	1 h
Total	10-12 hs

Nota: Si hay necesidad de reutilizar la sala más rápidamente se puede acortar la recuperación de púerperas normales, pasándolas con su hijo Recién Nacido a Internación Conjunta.

- Simplifica la limpieza y reacondicionamiento a una sola sala Centraliza las funciones. Su equipamiento completo es fijo.
- La amplitud de su superficie admite hasta ocho personas (incluyendo familiares).
- Es coherente con el concepto de *servicios perinatológicos centrados en familia*.
Además, las Salas únicas contribuyen a la humanización y a la calidad de la atención ya que:

- La mujer embarazada no necesita ser transportada de una habitación a otra.
- La ambientación hogareña no es atemorizante.
- Admite el ingreso de familiares según oportunidad y criterio del médico obstetra.

Habiendo definido el nacimiento de un hijo como un acontecimiento familiar, es coherente promover y posibilitar la preparación durante el control prenatal del potencial acompañante para la embarazada durante su Trabajo de Parto y Parto. También es necesario instrumentar y facilitar el ingreso y estadía del acompañante o familiar al Centro Obstétrico en el momento oportuno.

En este sentido las Salas TPR simplifican esta acción, por su dimensión apropiada y por la concentración de toda la asistencia en el mismo lugar. De

esta manera el acompañante o familiar, además de las comodidades necesarias para su estadía junto a la embarazada, luego puérpera, no necesita circular por áreas restringidas o donde se realizan procedimientos invasivos o partos de alto riesgo.

Por "doula" se entiende a personas, mujeres no familiares, entrenadas y capacitadas para ofrecer contención afectiva y estímulo a las mujeres en trabajo de parto y durante el parto. Este tipo de recurso humano ha demostrado ser de máxima utilidad al disminuir los niveles de ansiedad y temor de las embarazadas.

El efecto de las doulas ha podido medirse en variables muy trascendentales tales como reducción del porcentaje de cesáreas, acortamiento del Trabajo de Parto y mejores resultados neonatales.

El trabajo de las doulas encuentra en las Salas TPR el complemento ideal para el cumplimiento de sus objetivos.

El diseño y organización de Servicios Obstétricos en maternidades con la propuesta de Salas únicas de TPR forma parte de las Normas Nacionales del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Estas Normas dedicadas al control de la embarazada normal y de su trabajo de parto y parto, incluyen acciones tales como:

- Permitir la deambulaci3n durante la dilataci3n, mantener las membranas íntegras.
- Desalentar la colocaci3n de accesos endovasculares y la administraci3n de ocit3citos.
- Alentar la presencia de familiar o acompañante.
- Todas estas recomendaciones dirigidas a embarazadas sanas y partos normales son posibles de llevar a cabo con Salas TPR.

V. Camino Crítico

1. Elaboraci3n del programa

El texto que continúa efectúa una descripci3n de los fundamentos, concepci3n filos3fica, marco te3rico y metodologí para el desarrollo e implementaci3n del proyecto. En forma resumida se han presentado los pasos a ampliar y su factibilidad. No hay una exigencia de alto costo o inversi3n econ3mica. El programa se basa en compromiso efectivo, en la cultura de la solidaridad y tan sólo implica un cambio de actitud.

2. Discusi3n del programa con representantes del Centro Perinatol3gico

El proyecto necesita de convicci3n, compromiso y responsabilidad por parte de quienes lo llevarán a cabo. Para ello pueden admitirse modificaciones y agregados de acuerdo con nuevas propuestas o con características locales que hacen a la idiosincrasia y cultura de las personas y la comunidad. La discusi3n debe incluir a las autoridades del Centro Perinatol3gico

y a todos los representantes de las diferentes áreas, ya que el proyecto no excluye a ninguno ni puede ser realizado por voluntades aisladas. De la discusi3n sincera que permita escuchar opiniones diferentes que lo enriquezcan, surgirá el programa consensuado en el que todos confirmarán su compromiso.

3. Acta de compromiso de ejecuci3n por responsables de todas las áreas

El programa de maternidades centradas en la familia es un compromiso de la instituci3n que lo adopta y necesariamente exige un cambio de actitud.

El comprender que los verdaderos dueños de casa son las madres, sus hijos y sus familias, que en funci3n de servicio de ellos trabajamos los agentes de salud y que esta concepci3n es solidaria y gratificante, no es fácil por la sola raz3n que es diferente a la clásica.

Para alcanzar el éxito, que es de cada uno y por lo tanto de todos, se debe comprometer el esfuerzo de todo el Centro Perinatol3gico y especialmente de los indiferentes.

El acta de compromiso debe llevar la firma de los responsables. Las funciones son indelegables y sinérgicas.

4. Designaci3n de la comisi3n multidisciplinaria para la conducci3n-realizaci3n

El proyecto, reiteramos, involucra a todos pero a los fines es conveniente elegir por consenso y votaci3n una comisi3n multidisciplinaria con representantes de todas las áreas.

Esto es importante en mega maternidades en las cuales los agentes de salud son muy numerosos. No considerarse representado o participe del proyecto puede ser muy negativo.

La comisi3n, por su parte, decidirá su forma de operar, supervisar, y llevar adelante el programa, fijará sus días y horarios de reuni3n, sus sistemas de comunicaci3n, la discusi3n de los resultados obtenidos, etc.

5. Asignaci3n del presupuesto

Dijimos que el proyecto *maternidades centradas en la familia* es de bajo costo, reproducible y mejorable en cada una de las maternidades de nuestro país, porque no exige grandes inversiones en construcciones, mantenimiento, sueldos, etc. Esto es así porque el resultado se consigue por motivaci3n, cambio de actitud y acciones solidarias.

Sin embargo todo tiene su costo e ignorarlo sería condici3n de limitaciones, postergaciones o fracaso.

Se necesitan horas de docentes especializados en el manejo de grupos multidisciplinarios, participativos, tipo talleres para la formaci3n en la concepci3n de trabajo solidario.

También deben repartirse instructivos para hacer operativo el proyecto y deben realizarse encues-

tas internas (a los agentes de salud) y a los nuevos “dueños de casa”.

Deben establecerse además redes de comunicación ya que el programa es abarcativo e incluye a todos los integrantes de la institución. La ambientación hogareña pretendida también tiene su costo. El presupuesto deberá ser independiente del hospital y responsabilidad de la comisión multidisciplinaria para la conducción del proyecto. Los recursos económicos pueden originarse en subsidios oficiales o formar parte de programas de ONGs, de fundaciones privadas y/o de organismos internacionales.

6. Remodelación del Centro Perinatólogico

El fundamento del proyecto es, como ya mencionamos reiteradas veces, producir por motivación, un cambio de actitud hacia la mujer embarazada y su hijo. Por lo tanto no parecieran ser importantes los cambios edilicios. Sin embargo, intentar reproducir una ambientación hogareña y que el hospital, en realidad maternidad, se parezca más a una casa, es esencial porque objetiva la voluntad de quienes están llevando a cabo el programa. Las salas de internación conjunta son fáciles de cambiar, simplemente colocando cortinas de colores y guardas en las paredes.

Es notable el cambio que se produce con una decoración tan simple. Pueden además agregarse imágenes reforzadoras de lactancia materna. Más complejo es readecuar los consultorios mal llamados “externos”, del Centro de Medicina Preventiva y Anticipatoria y de Educación para la Salud. En ellos se realiza el control prenatal y los seguimientos especializados de prematuros y otras poblaciones de riesgo. Estas áreas han sido históricamente postergadas. Son feas, no funcionales, sin baños, con salas de espera incómodas, desmoralizantes y causales de deserción.

A la ambientación hogareña debe agregarse una inteligente reprogramación de espacios y horarios y una racional redistribución del recurso humano, casi siempre insuficiente y desmotivado.

Finalmente, el centro Obstétrico debe remodelarse siguiendo los fundamentos de las salas únicas para trabajo de parto y recuperación (TPR) que permita el ingreso de acompañante como ya hemos detallado.

7. Incorporación de un representante de la comunidad

Los Centros Perinatólogicos o maternidades no pertenecen a los Médicos, ni a sus Directores de turno, ni a los Secretarios de Salud Pública, ni tampoco al Estado. Los hospitales son de la gente que trabaja, que paga impuestos y también de los que no lo hacen porque en definitiva son de todos, o mejor dicho, para todos.

Así entendido, en su dirección debe participar la

sociedad, es decir, alguien en quien la gente confíe y que participe de la idea de la concepción solidaria con especial énfasis en la gestación de personas, es decir en la maternidad.

8. Evaluación de intervenciones asistenciales y aplicación de tecnologías apropiadas

El respeto por las mujeres embarazadas y por sus hijos en el marco de su grupo familiar debe hacerse extensivo a su asistencia médica propiamente dicha. Por ello los resultados perinatales deben conocerse con sistemas informáticos válidos y auditarse evaluando si son mejores o peores que los esperables y porqué.

También deben discutirse para ser cumplidas las recomendaciones de organismos internacionales respecto a cuáles intervenciones han demostrado ser útiles. Cuáles por el contrario han demostrado ser perjudiciales y cuáles aún están en evaluación. Las maternidades tienen que ser coherentes con la medicina basada en la evidencia y cambiar para mejor si corresponde.

9. Identificación de interferencias institucionales

El proyecto parece ser fácil y sólo regirse por las emociones. Pero no es así. Exige ser operativo y compromete a todos los sectores y a todo el personal, que es mucho en las mega maternidades. Así planteado, son también muchas las posibilidades de interferencias evidenciales por rechazo, maltrato o aún peor por indiferencia.

Las consignas “Prohibido pasar”, “Circulación restringida”, “Horarios de visita”, “No golpee: Espere”, “Venga mañana más temprano”, “El médico no vino” etc. etc. son todas interferencias clásicas, establecidas y aceptadas. Para la gente son claras demostraciones de autoritarismo y rechazo. Conducen a deserción en el control prenatal y a los seguimientos especializados.

Estas y tantas más formas de interferencias conducirían al fracaso del programa. Deben ser detectadas para conseguir, por la verbalización de las mismas, el cambio de actitud necesario por convicción-motivación que eviten su reiteración.

10. Replanteo del programa

Una vez puesto en marcha el proyecto de *maternidades centradas en la familia* y cumplidas las etapas mencionadas de su permanente evaluación, surgirá su replanteo. Nuevas propuestas, modificaciones, incorporaciones, extensiones a otras áreas. La solidaridad no tiene límites ni admite estancamientos. Madurez y crecimiento necesariamente mejorarán el proyecto. Su aplicación en todas las maternidades será su objetivo principal.