

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Rosa Masino

**ABUSO DE LA INDICACIÓN DE LA CESÁREA Y NECESIDAD
DE ADECUAR Y APLICAR UN PLAN DE CONTROL
PRENATAL Y ATENCIÓN PERINATAL PARA REVERTIR LAS
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL, Y
OBTENER UNA MEJOR DISTRIBUCIÓN Y
ASIGNACIÓN DE RECURSOS DESTINADOS
A LA SALUD PRENATAL Y PERINATAL**

2005

Citar como: Masino, R. (2005). Abuso de la indicación de la cesárea y necesidad de adecuar y aplicar un plan de control prenatal y atención perinatal para revertir las causas de morbilidad materno-infantil, y obtener una mejor distribución y asignación de recursos destinados a la salud prenatal y perinatal. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

I.- Introducción.....	pág. 3
II.- Planteamiento del Tema.....	pág. 5
III.-Discusión científica sobre las indicaciones médicas de la cesárea.....	pág. 9
IV.-Propuesta de reformulación del plan preventivo prenatal y perinatal vigente.....	pág. 23.
V.-Análisis comparativo del plan vigente y del plan propuesto.....	pág.26
VI.-Conclusiones.....	pág. 29
Bibliografía.....	pág. 31

I. INTRODUCCION.

Este trabajo se enmarca dentro del área de interés de la Auditoría Técnica Médica, tomando como objeto de estudio a los nacimientos y las modalidades de terminación de los mismos, producidos en el Sector Público y en el de la Seguridad Social de la Provincia de Tucumán, ocurridos en el período noviembre 1999 a noviembre 2000.

Se propone analizar el Plan de Control Prenatal y Atención Perinatal, del Programa Materno-Infantil de la Obra Social Provincial, a fin de proponer acciones tendientes a la prestación de una cobertura de idéntica composición a la provista por el orden nacional, que responde a los dictados OPS/OMS/CLAP. Esto supone a la vez, el proponer acciones para impactar en el presupuesto de la Obra Social, disminuyendo los costos, y permitiendo una mejor distribución y asignación de los recursos destinados a la salud prenatal y perinatal.

Este trabajo apuntará a determinar el porcentaje de nacimientos, según parto natural o quirúrgico en el sector público y de la seguridad social provincial. Se analizará el gasto en el ámbito de la Obra Social Provincial con los indicadores obtenidos, y su impacto en el presupuesto del Programa Materno-Infantil destinado al Plan de Control Prenatal y Atención Perinatal. A partir del análisis se planteará cómo definir las estrategias necesarias para el Control Prenatal y la Atención Perinatal, a fin de revertir la tendencia de incremento en el número de cesáreas, al comprobarse que el mismo supera ampliamente los porcentajes considerados tolerables. Esto supone a la vez disminuir el gasto de modo significativo y redistribuirlo en área de prevención para la salud de la madre y el niño, teniendo presente que el nacimiento por cesárea produce una multiplicación del gasto por aumento de estancia hospitalaria y medicamentos, entre otros.

El trabajo se enmarca dentro de un abordaje retrospectivo ya que los datos extraídos y analizados corresponden al período noviembre 1999-noviembre 2000. Presenta un diseño descriptivo, cuantitativo y comparativo. La información correspondiente al Sector Público, se extrajo de los registros del Sistema Provincial de Salud, que recoge y elabora la información de los establecimientos públicos. La relativa al Sector de Seguridad Social, se obtuvo a partir de los registros de la Obra Social Provincial de Tucumán.

II. PLANTEAMIENTO DEL TEMA A ABORDAR.

Desde el área de Auditoría Técnica Médica de las Prestatarias y Prestadoras de Salud, se plantea el análisis y formulación de propuestas con relación al problema emergente, tanto a nivel provincial nacional y mundial, consistente en el incremento desmesurado de los índices de cesáreas, y de los de morbilidad materno-infantil, con el consecuente aumento de los costos operativos, y sin que hasta la fecha se determine una mejora sustantiva en los resultados perinatales. Esta tendencia se viene desarrollando de una manera constante desde hace ya varias décadas.

La cesárea ha tenido una gran importancia en la historia de las diferentes culturas, y aparece mencionada en diversos escritos de la antigüedad. Hoy en día existe en torno a ella una importante controversia, tanto por su incidencia como por sus indicaciones, ya que en las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia, pasó a ser la segunda cirugía –en frecuencia–, que se efectúa en la mayoría de las naciones¹. Entre 1940 y 1950 se produjo el denominado fenómeno de “liberalización de la Cesárea”, juntamente con los progresivos adelantos médicos en Hemoterapia y Anestesiología, empleo de antibióticos y quimioterápicos, medidas extensivas de salud pública, como el control prenatal y la atención perinatal, la complementación alimentaria, la mejora de las condiciones generales de salud de las madres, y la atención institucional de los nacimientos. El efecto combinado de todos estos progresos científicos desarrollados conjuntamente, determinó una marcada disminución de la mortalidad perinatal y materna, aún en plena guerra mundial, como lo demuestran los trabajos de Inglaterra y Gales².

El “fenómeno de la liberalización” fue mucho más conocido y recordado que el resto de las medidas sanitarias.

A partir de 1960, se profundiza el conocimiento de la Homeostasis Fetal y sus perturbaciones en el embarazo y parto, afirmándose la creencia de que se puede optar por la cesárea como la vía más rápida y más segura, frente a problemas reales o temidos. Al mismo tiempo, y estrechamente vinculado a este fenómeno, se produce el

¹ Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina Nº 9 (1 de Abril 2003) http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

² Datos proporcionados por la publicación de SALUD PERINATAL - Boletín del “Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano” – (CLAP) – de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud – Vol. 3 – Nº 9 – 1989 – Montevideo, Uruguay.

incremento de la responsabilidad profesional, y la aparición en el escenario jurídico y social de cuantiosas demandas judiciales, dirigidas a obtener la reparación de los presuntos daños ocasionados por resultados perinatales, considerados insatisfactorios por los usuarios demandantes.

Antes de 1960, uno de cada 20 a 50 nacimientos ocurría por Cesárea. En la actualidad, las chances de cirugías están en el orden de 1 cada 3 o 4 nacimientos; advirtiéndose frecuentemente que en instituciones – casi siempre de prácticas privadas – la única vía de nacimiento es la abdominal.

El "Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano" (CLAP), ha advertido que el incremento de las tasas de cesáreas, más allá del límite de sus beneficios, agrega morbilidad y costos; la solución termina por convertirse en problema.

El valor histórico de las cesáreas para salvar vidas es un dato por consensuado. Asimismo, resulta incuestionable la adopción de dicho procedimiento cuando concurren determinadas y precisas indicaciones.

Sin embargo, existen fundadas dudas sobre los beneficios de la cesárea, en los supuestos de "Indicaciones Ampliadas de Cesáreas", y en aquellos en los que las indicaciones médicas son inexistentes.

Desde una posición que representa "intereses no médicos", se insiste en justificar la cesárea; y se la promociona como una alternativa válida de nacimiento, más práctica y segura. Se generan, así, circunstancias propicias para el aumento de este procedimiento quirúrgico, lo que se ve facilitado por la insuficiente o mala información de usuarios y profesionales.

La realización de un parto por cesárea no resulta, en principio cuestionable, si concurren las siguientes condiciones:

- a.- La existencia de indicación cierta de cesárea.
- b.- La existencia de una frecuencia teórica de cesáreas aceptada por los organismos internacionales (OPS, OMS).

La cesárea es un procedimiento médico que debe practicarse exclusivamente en beneficio de la madre y del hijo; y por el que sólo debe optarse sobre la base de conocimientos científicos que justifiquen su indicación.

Partiendo de dicha premisa, en la elaboración del presente trabajo se parte del siguiente interrogante: ¿Los índices de cesáreas en la Obra Social Provincial, se encuentran dentro de la frecuencia teórica apropiada o aceptable? ¿Es posible disminuirlos con una adecuada distribución de recursos que fortalezcan el control prenatal y seguimiento del embarazo? ¿Qué estrategias resultan válidas para identificar y disminuir las cesáreas "evitables"?

Para responder al mismo se efectuó una investigación, tomando como base los nacimientos y sus modalidades de terminación, producidos en el Sector Público y en el Sector de Seguridad Social de la Provincia de Tucumán, durante el período noviembre 1999 - noviembre 2000.

Se efectuó el estudio descriptivo, comparativo, y retrospectivo, investigando el perfil prestacional del Sector Público, a partir de las siguientes instituciones: Instituto de Maternidad "Nuestra Sra. de las Mercedes", con un promedio de 12000 nacimientos por año; Hospital Público "Nicolás Avellaneda", con un promedio de 3000 nacimientos por año; y los establecimientos públicos del interior de la provincia, con un promedio de 5000 nacimientos por año.

Con relación al análisis del perfil prestacional del Sector de Seguridad Social provincial, el estudio se realizó tomando en cuenta, principalmente, la Obra Social Subsidio de Salud, con 5700 a 6500 partos por año. Cabe destacar que la obra social mencionada tiene aproximadamente 300000 beneficiarios. Se tuvieron en cuenta, también, los datos correspondientes a las restantes obras sociales, que representan un promedio de 2000 nacimientos por año. Los datos computados totalizan de 27000 a 30000 nacimientos anuales en la provincia de Tucumán.

El análisis del período comprendido entre noviembre del año 1999 y noviembre del año 2000 en la provincia de Tucumán, permite dejar establecido que:

a.- En el sector correspondiente a la Obra Social provincial, Subsidio de Salud, el porcentaje de nacimientos por cesáreas fue del 80%. El 20% restante se produjo por parto normal.

b.- En el ámbito correspondiente al Sector Público, el porcentaje de nacimientos por parto normal fue del 80%. El 20% restante se produjo por cesárea.

Como se advierte, en el mismo período de tiempo (noviembre/1999-noviembre/2000), los resultados del sector correspondiente a la obra social provincial, y los del sector público son exactamente inversos.

Cabe destacar que la distribución porcentual correspondiente al Sector Público (80% de partos normales y 20% de nacimientos por cesárea), es la considerada aceptable universalmente.

En ese contexto el interrogante referido al formular el planteamiento del tema, debe ser contestado en sentido negativo: Los índices de cesáreas en el ámbito de la obra social provincial Subsidio de Salud de Tucumán, no se encuentran dentro de la frecuencia teórica apropiada o aceptable.

Establecido dicho extremo, nos proponemos formular propuestas, tendientes a redefinir la normativa para el monitoreo y auditoría de los nacimientos, a fin de alcanzar los siguientes objetivos:

a.-Aumentar la eficiencia del Plan de Control Prenatal y de la atención del recién nacido, que integra el Programa Materno Infantil de la obra social Subsidio de Salud, a través de la normalización de todas sus etapas.

b.- Adecuar el gasto correspondiente a los nacimientos en el presupuesto de la obra social.

c.- Redistribuir la asignación del gasto, dentro de los porcentajes de frecuencias aceptables, considerando que universalmente se admite que el 20% de los nacimientos son de alto riesgo y el 80% de bajo riesgo, resolviéndose éstos con partos normales.

III. DISCUSIÓN CIENTÍFICA SOBRE LAS INDICACIONES MÉDICAS DE LA CESÁREA.

En este acápite se presentarán, desde una perspectiva integradora con la información obtenida del relevamiento bibliográfico, los fundamentos científicos que sustentan las indicaciones de parto abdominal (cesárea)

1.- Cesárea vs. Parto Vaginal:

Menciona Sánchez Torres³ que hace unos años P. R. Myerscough expresaba: "tengo miedo que en la actualidad más que en ninguna ocasión anterior, existe el peligro de considerar el parto abdominal como el método legítimo para enfrentar y solucionar todas y cada unas de las anomalías obstétricas".

El temor a que refiere el autor citado, y que comparten, desde hace ya mucho tiempo, todos los profesionales médicos que enseñan y ejercen la disciplina obstétrica, determina la necesidad de revisar los datos que emergen de las cifras estadísticas; así como la de examinar la incidencia del factor representado por los "costos económicos", en el análisis de la relación entre nacimientos por cesárea y por parto vaginal.

Se ha observado que en los Estados Unidos de Norteamérica, la cesárea en 1981 gravaba en 1.500 dólares adicionales el presupuesto familiar, sin contar los honorarios profesionales. El índice de cesáreas fue de 5.5% en 1.970, 15.2% en 1.978, 28.8% en 1990 y 40.3% en el año 2000. En dicho país, el parto abdominal, constituye el factor de riesgo más importante en la aparición de la infección uterina puerperal⁴.

Son también factores de alto riesgo de infecciones: la cesárea de urgencia, la ruptura prematura de membranas, el trabajo de parto prolongado, la instrumentación intrauterina, la anemia y la obesidad materna. Otras circunstancias que favorecen las complicaciones de las cesáreas, son la gestación pretérmino, el sitio y grado de inserción placentaria, las cesáreas previas, y la falta de experiencia suficiente del cirujano.

³ Sánchez Torres, Fernando, "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>.

⁴ Sánchez Torres, Fernando, "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>.

La operación cesárea registra, como consecuencia, una alta morbilidad materna. Ello se explica porque, a diferencia del proceso natural del parto vaginal con integridad de las estructuras, en la cirugía se realiza una incisión en la pared abdominal, apertura de la cavidad peritoneal y uterina, lo cual constituye factor predisponente de infecciones, hemorragias, lesión de vísceras contiguas y tromboembolismo. Por otra parte, puede, eventualmente, dejar secuelas, como la eventración de la pared abdominal o la subsecuente infertilidad y el dolor abdominal consecutivo a la incisión transversa de Pfannenstiel.

Con frecuencia la cesárea se practica esperando beneficios para el feto, pero los resultados no son siempre los esperados. Goldberg y colaboradores demostraron que el riesgo de aparición del síndrome de dificultad respiratoria del neonato extraído por abdomen, tiene más relación con la vía del parto (cesárea), que con los factores que justificaron la intervención. Existe consenso en torno a que la práctica de cesárea iterativa aumenta considerablemente la falla respiratoria severa post natal. En ese sentido, Keszler y colaboradores, llaman la atención sobre la conveniencia de reducir el número de cesáreas iterativas para evitar la taquipnea transitoria de recién nacido, y lo más grave, la hipertensión pulmonar persistente. Placek y Taifel analizando todas las cesáreas practicadas en EE.UU entre 1980 y 1985, encontraron registradas las siguientes indicaciones: cesárea previa 48%, distocia 29%, sufrimiento fetal 16%, presentación de pelvis 5% y otras 2%. Con el rótulo de distocia se hace referencia a la desproporción fetopélvica y al llamado parto disfuncional, término relativamente nuevo, que ha venido a convertirse en el "cajón de sastre" del obstetra moderno, es decir, el lugar donde se depositan toda clase de indicaciones imprecisas. Por su parte, Koontz indica que el término distocia a menudo hace referencia a la falla en el progreso del trabajo o desproporción cefalopélvica ⁵.

2.- Morbimortalidad

Uno de los grandes problemas en las décadas pasadas era la morbilidad de la cesárea. Aunque resulta difícil precisar cifras, se ha señalado que a finales del siglo XIX, aproximadamente en el 75% de los casos las mujeres presentaban alguna complicación. Con el advenimiento de las técnicas de asepsia, antisepsia, anestesia y recursos tecnológicos, la tasa de complicaciones se redujo en forma drástica y

⁵ Sánchez Torres, Fernando, "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmética, Librería Digital, en <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>.

progresiva. Así en 1921 Williams informa 5.5% de mortalidad en el Hospital Johns Hopkins para el período de 1899 a 1920; informes posteriores en las décadas de los 30 y 40 indican entre 800 a 2500 por 10 000 intervenciones, con un descenso importante en la década de los 50 a 500 por 100 000 operaciones⁶.

Indudablemente la cesárea ha salvado muchas vidas; y es una intervención, que con una indicación precisa y correcta, resulta benéfica, con baja mortalidad y con morbilidad no despreciable. La morbilidad puede ser transoperatoria y postoperatoria; siendo una cirugía mayor tiene relación con lesiones que no se producen durante el nacimiento por la vía vaginal (lesiones en la vejiga, intestino, uréter, vasos sanguíneos, laceraciones del cérvix y vagina y ligamentos anchos). En el postoperatorio, puede ocasionar hemorragias, embolias, infección de vías urinarias, entre otras complicaciones⁷.

3.- Incidencia

Una de las cuestiones complejas que presenta la Obstetricia es tratar de encontrar puntos de comparación, análisis y toma de decisiones en lo que respecta a la cesárea. La tendencia en los diversos países ha sido la de disminuir las tasas. En los Estados Unidos el National Institute of Child Health and Human Development, a través del grupo de trabajo formado para análisis y recomendaciones, ha buscado una tasa de cesáreas más adecuada con una morbimortalidad no incrementada por el cambio; y se considera que la tasa debe estar entre 10 y 15%. En otras naciones, como España, se advierte un incremento significativo en la década de los 80, y la búsqueda para encontrar una disminución en las cifras, teniendo un 9.92% en 1984 y 19.92% en hospitales privados. En Suecia tuvieron un incremento a principios de los años 80, pero la toma de decisión oportuna y el análisis logró descender los índices en forma adecuada. Así, la cesárea aumentó de 5% en 1973 a 12.3% en 1983, declinando a 10.84% en 1990. En Dinamarca, en 1994, dos hospitales de concentración tuvieron índices notablemente distintos de 8.3% y 15.2% respectivamente, pero las indicaciones que mencionan son similares bajo reserva en nulíparas y cesárea iterativa en las multíparas. Un informe de la República de Checoslovaquia muestra un

⁶ Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina Nº 9 (1 de Abril 2003)

http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

⁷ Programa de Actualización Continua Para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina Nº 9 (1 de Abril 2003)

http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

incremento del año 1986 al año 1993 de 7 a 10%, con una disminución de la mortalidad perinatal de 0.7%.

En América Latina⁸, región en la que se registran los índices más elevados de cesárea, se analizan los siguientes trabajos:

En México se informa en el año 1993 una tasa a nivel nacional de 20.2%, sin contar que existen centros de atención que tienen tasas de más de 50%⁹.

En Cuba: Pérez de Villa y colaboradores observaron en la provincia de Cienfuegos, entre 1980 y 1988, que la mortalidad perinatal fue considerablemente baja, sin incrementar los índices de cesáreas primitivas que se han mantenido entre 5.6% y 6.5%.

En Brasil: Resulta interesante por lo expresivo, el fenómeno observado en cuatro instituciones Hospitalarias de Río de Janeiro. Sumados todos los partos ocurridos en esa ciudad, durante un período determinado de tiempo, se encontró que la frecuencia de cesárea era de 36.5%. Analizando discriminadamente las cifras, se advirtió que en dos de los centros estudiados (Hospital Alexander Fleming y Hospital de Enfermería), considerados de nivel intermedio en cuanto al nivel científico de atención y a la condición socioeconómica de los pacientes, la frecuencia de la cirugía abdominal fue de 28.8% y 22.2% respectivamente; mientras que en el Hospital de la Facultad de Medicina de Campos, que atiende a pacientes de menores recursos fue del 14.9%; y en el Hospital Casa Portugal, institución de carácter privado a la que concurren sectores de mayores recursos, fue del 80.2%.

En Colombia ocurre algo similar: en tres de las más prestigiosas clínicas privadas de Bogotá la cesárea se realizó durante 1.984 de la siguiente manera: Clínica de Country 33.53%, Centro Médico de los Andes 33.% y Clínica Palermo 33%. En hospitales del sector público de la misma ciudad, adonde asisten mujeres de escasos recursos económicos, la frecuencia del parto abdominal es significativamente menor: en el Instituto Materno Infantil (período 1981-1983) fue de 13.51% y en el Hospital Clínica

⁸ En el análisis de la situación en Cuba, Brasil, Colombia y Venezuela, hemos seguido el trabajo de Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>.

⁹ Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina Nº 9 (1 de Abril 2003) http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

de San Rafael de 7%. En la Clínica Palermo de Bogotá, que puede considerarse representativa del sector obstétrico privado, las indicaciones en orden de frecuencia, durante 1987, fueron: cesárea previa, desproporción cefalopélvica, parto disfuncional, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, primigesta añosa. En el Instituto Materno Infantil, que representa al sector obstétrico estatal, las tres principales indicaciones fueron, en orden de frecuencia: desproporción cefalopélvica, ruptura prematura de membranas y cesárea previa.

Chile ostenta, desde hace un tiempo, el record de frecuencia de cesárea. Este hecho ha determinado que la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Chile, ponga especial atención en este tema, que fue analizado con profundidad en ocasión de la Mesa redonda realizada en la sesión del 1 de junio de 1999 de esta Sociedad; y desde distintas instituciones se procura la creación de espacios de reflexión sobre el controversia tema: Parto vaginal versus parto por Cesárea¹⁰.

Venezuela: Uzcategul y Toro -1978- En el hospital "José Gregorio Hernández", de Caracas, registraron que la desproporción cefalopélvica había sido la primera causa, seguida de cesárea previa, sufrimiento fetal, distocia funcional y presentación podálica. No resulta posible desconocer que la operación cesárea, no está libre de peligros, tanto para la madre como para hijo. Se trata de una cirugía mayor, que puede producir las complicaciones propias de las intervenciones de dicha naturaleza, además de las específicas de la especialidad.

Berroterán y Jórgez registraron en su experiencia que la tasa de mortalidad perinatal en el parto vaginal es menor que la registrada en la cesárea, advirtiendo que la misma suele asociarse a patologías que, de por sí, aumentan los riesgos perinatales. Jórgez y Agüero -década del 70, Maternidad Concepción Palacios-, hallaron que las indicaciones más frecuentes fueron: desproporción cefalopélvica, cesárea anterior, sufrimiento fetal, presentación podálica, hemorragia. Se afirma que si se analizaran las indicaciones en los últimos años, se observaría un cambio en su frecuencia, ocupando el primer lugar la cesárea previa, seguida de la desproporción cefalopélvica y del parto disfuncional¹¹.

¹⁰ Henning Contreras, Enrique, en "Parto Vaginal ¿Una alternativa viable?", en www2.udec.cl/~depobgin/parto/parto.

¹¹ Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., [htmética, Librería Digital, en http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm](http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm)

4.- Indicaciones de la Operación Cesárea:

Continuando con el análisis del tema planteado, corresponde efectuar, siquiera de modo sumario, una reseña de las indicaciones de la cesárea, que constituyen un tema controversial; como asimismo de los fundamentos que se invocan para justificar la realización de esta intervención quirúrgica.

Las indicaciones para los diversos centros hospitalarios de un país son distintos y de país a país también existen cambios significativos.

Los estudiosos del problema en Estados Unidos se han referido a cuatro grandes indicaciones¹².

La primera causa de operación es la Distocia. La determinación para decidir cuándo existe distocia, en los diversos estudios de detención de la fase activa del trabajo de parto o falta de descenso durante el mismo, conllevó la decisión rápida de operar sin efectuar una vigilancia obstétrica mayor, por lo que es aconsejable la supervisión en las instituciones en forma permanente de análisis de estos casos.

La segunda causa es la cesárea previa. Se cree que si se evalúa a cada paciente en forma individual podría ser posible el dejar el trabajo de parto a un grupo de pacientes condenadas a una nueva cesárea.

La tercera Indicación es la presentación pélvica. En ésta la discusión está basada en la morbilidad fetal y su repercusión a largo plazo.

La cuarta Indicación es el sufrimiento fetal. Esta indicación tiene un punto de apoyo importante que es la monitorización fetal y la toma de muestras de sangre en cuero cabelludo; lo que exige esta indicación es si se está diagnosticando el sufrimiento fetal adecuadamente o hay un abuso tecnológico, en base a la monitorización exclusivamente. La vigilancia electrónica pura puede desencadenar una tasa más elevada de operaciones ya que no tiene el sustento de las pruebas sanguíneas que determinan con precisión el problema¹³.

¹² Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina N° 9 (1 de Abril 2003)

http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

¹³ Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina N° 9 (1 de Abril 2003)

http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

4.1.- Indicaciones Absolutas:

No cabe discutir la validez de la cesárea cuando existe una indicación absoluta, es decir, una indicación médica indispensable, insustituible; lo que torna innecesario, en el marco de este análisis, efectuar una revisión bibliográfica de estos supuestos. ¿Quién puede dudar de la conveniencia o necesidad de practicar una cesárea cuando se está frente a una estrechez pélvica evidente, a una presentación cefálica deflejada, o a otras indicaciones similares?

Sin embargo, se ha advertido que todas juntas no superan el 20% de las que se observan en la práctica; y que a la mayoría de las indicaciones actuales se le agregan algunas no absolutas, susceptibles de ser cuestionadas ¹⁴.

4.2.- Antecedente de Cesárea:

Uno de los grandes conflictos obstétricos es, sin lugar a dudas, poder someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea anterior. La cuestión ha sido objeto de controversia médica, sociocultural y médico legal.

El antecedente de una cesárea previa ocupa hoy el primer lugar entre las causas de indicación de cesárea en la casi totalidad de las estadísticas.

Si aumenta el número de operaciones durante el primer embarazo, la cesárea iterativa se va incrementando: la política de "una vez cesárea, siempre cesárea", se halla fuertemente arraigada, y se transmite de generación en generación. Al respecto se debe tener en cuenta que el 70% de las operaciones cesáreas ocurren en primigestas.

En 1916 Edward Craigen puso en circulación el aforismo: "Una vez cesárea, siempre cesárea". Cuando estas palabras fueron pronunciadas, existían razones de peso que le daban plena validez. La incisión uterina se practicaba corporalmente, no existían los antibióticos ni las transfusiones, con la morbilidad elevada materno-fetal y los riesgos posteriores de probable ruptura uterina. En la década de 1920 fue imponiéndose la incisión uterina segmentaria transversal, superándose el riesgo mencionado.

El aforismo de Craigen ha perdido hoy en día su vigencia. Sin embargo, el criterio de los obstetras no se ha modificado, en consonancia con la superación del riesgo a partir

¹⁴ Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>

del cambio de técnica. La experiencia ha demostrado que no existen razones válidas para que permanezca la vigencia de lo expresado.

La cesárea es segmentaria en su mayoría si existe un 25% de nacimientos por vía abdominal y una de las indicaciones principales es la de cesárea anterior. Dado que hoy existe una gran tendencia para disminuir la tasa de cesáreas, éste es uno de los puntos de discusión sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en obstetricia. Para lograr tener las posibilidades de parto el obstetra tendrá que llevar a cabo un análisis individual de cada caso para dar una prueba de trabajo de parto; esto deberá incluir el tipo de cesárea efectuada, el diagnóstico que motivó la cesárea y la evolución postoperatoria¹⁵.

De los motivos invocados para evitar el parto vaginal después de una cesárea, el principal es la posibilidad de ruptura uterina. Durante la década de los 80 se efectuaron múltiples estudios sobre el tema, y la conclusión a que se arribó fue que, en realidad, el riesgo era mínimo, y que aunque existiera el antecedente de una cesárea, podía llevarse a cabo el parto vaginal, siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversal baja. El índice referido fue menor de 0.7%, y con una mortalidad de 0% en más de 20 artículos ¹⁶.

Se ha señalado que en Inglaterra y Canadá, la incidencia de la dehiscencia de la cicatriz uterina en mujeres a quienes se les permitió parto vaginal, fue de 0.45% a 0.6%, sin mayor repercusión sobre el niño o la madre. Nielsen, en Suecia, demostró que la complicación estuvo dentro del mismo rango. Obviamente la operación cesárea es más peligrosa para la madre que el parto vaginal, siendo la mortalidad 3 a 12 veces más alta y la morbilidad aún más. Esta última es representada por infección, complicaciones anestésicas, íleo paralítico, tromboembolismo, hemorragia, necesidad de transfusión, dolor, recuperación lenta, etc. Y la cesárea iterativa, por sí misma, es un factor que incrementa la posibilidad de complicaciones maternas. Los resultados neonatales se ven más comprometidos, en especial por morbilidad respiratoria, cuando la cesárea se practica sin que previamente haya habido "trabajo de parto". Los venezolanos Ilórguez y Agüero, revisando el problema coinciden en afirmar que son

¹⁵ Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina N° 9 (1 de Abril 2003)

http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

¹⁶ Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina N° 9 (1 de Abril 2003)

http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea

mayores los riesgos a que se somete la madre y su hijo cuando se practica la cesárea iterativa. Es claro que no toda mujer con antecedentes de cesárea será candidata a tener un parto por vía vaginal, puesto que existen circunstancias que hacen desaconsejable el intento; pero un gran porcentaje bien seleccionado, al que se le da la oportunidad, conseguirá dar a luz por vía natural. Flanin y Colaboradores efectuaron una comunicación de 1.176 pacientes con cesárea previa, a quienes se les permitió probar la vía vaginal, y el 74% tuvo parto natural sin muertes maternas ni perinatales. Medina y Acuña, en Bogotá, analizaron los resultados de la prueba de trabajo de parto en 6 instituciones, encontrando que el 67,4% de aquellas a quienes se les dio la oportunidad, tuvieron parto vaginal. Sobre esa base se arriba a la conclusión de que "la prueba de trabajo de parto" se puede considerar una conducta obstétrica correcta, puesto que no presentó mortalidad, ni aumento de la morbilidad materna ni fetal. Castiño y colaboradores encontraron en el Instituto Materno Infantil, que el 42.61% de las pacientes con antecedentes de cesárea tuvo parto vaginal, afirmando que "la prueba de trabajo de parto no influyó sobre la morbimortalidad materno-fetal" y que "la cesárea de repetición incrementa los costos para los usuarios de la institución"¹⁷.

Hay autores que muestran mejores resultados en circunstancias aparentemente más adversas. Así, Farmakides y colaboradores en pacientes con dos o más cesáreas, encontraron que el 77% de ellas tuvo parto vaginal cuando se les permitió intentarlo. Novas y colaboradores demostraron resultado exitoso de 80%, en mujeres que tenían más de una cesárea. Silver y Minogue basados en un cuidadoso estudio de factores estadísticos, llegaron a la conclusión de que la prueba de trabajo y el parto vaginal, son más favorables para la madre y el neonato que la cesárea iterativa. Se afirma, en consecuencia, que la conducta de la prueba de trabajo es un imperativo ético profesional; y que el aforismo de Craigen carece hoy de respaldo científico¹⁸.

Los fundamentos expuestos permiten afirmar que no existen razones objetivas que demuestren la necesidad de practicar una cesárea a aquellas mujeres que hayan tenido anteriormente una cesárea segmentaria transversal. Y, en consecuencia, consideramos que debería estimularse el parto por vías naturales en las mujeres con

¹⁷ Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en [http:// www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm](http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm)

¹⁸ Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en [http:// www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm](http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm)

una cesárea anterior, siempre y cuando se disponga de una infraestructura quirúrgica para el supuesto de que se presente una emergencia.

4.3.- Desproporción Cefalopélvica:

En relación con la desproporción cefalopélvica, Koontz afirma que la mayoría de los niños nacidos por esta causa por vía abdominal, son de tamaño normal, nacidos de una pelvis materna también de tamaño normal. Cerca del 70% de mujeres que han sido operadas con este diagnóstico, pudieron ser atendidas exitosamente por vía vaginal en su parto siguiente¹⁹.

4.4.- Presentación de Pelvis:

La presentación pélvica por vía vaginal constituye un parto peligroso por la frecuencia con que se asocia a prematuridad y a proximidad del cordón umbilical. Además, si se trata de madre primípara, o de un feto con tendencia macrosómica, puede resultar francamente traumático.

En casos bien seleccionados y atendidos por un especialista idóneo, la morbilidad fetal no aumenta. En el Royal Victoria Hospital de Montreal – Canadá - la frecuencia de cesárea por presentación de pelvis se incrementó de 8% en el período 1961/ 74 a 89% en el período 1978/ 1984; aunque pese a ese aumento no hubo reducción de la morbilidad perinatal. White y Cibils - EE.UU - y Oscar Agüero – Venezuela -, señalan que no existe ninguna justificación para hacer de la cesárea un recurso sistemático. Myers y Gleiche afirman que la frecuencia lógica de cesárea por presentación de pelvis debe estar entre 20% y 25%. Flanagan y colaboradores demostraron que en pacientes seleccionadas, una prueba de trabajo, permite el parto vaginal en el 72% de los casos, sin aumento de la morbilidad fetal. Por fin, cuando se trata de fetos en presentación de pelvis con peso calculado por debajo de 2000gr. es conveniente utilizar la operación²⁰.

4.5.-Primípara Añosa²¹.

El Consejo de Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) - 1958 - acordó aceptar como primíparas añosas a las mujeres que al momento del parto

¹⁹ Sánchez Torres, Fernando, en “Temas de Ética Médica”, capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en<http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>

²⁰ Sánchez Torres, Fernando, en “Temas de Ética Médica”, capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en<http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>

²¹ Sánchez Torres, Fernando, en “Temas de Ética Médica”, capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en<http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>

tuvieran 35 o más años de edad. Por su parte, el Comité de Terminología del American College of Obstetrician and Gynecologists, consideró que el límite inferior era los 30 años. Por otra parte, hay quienes aceptan que la añosidad se inicia a los 28, 30 o 32 años.

No existe evidencia estadística a favor de que las edades señaladas sean más azarosas para gestar y dar a luz, comparándolas con edades menores. Lo que puede afirmarse es que la edad no constituye, por sí y en sí misma, un factor de riesgo tan grande como para condenar *a priori* a la primípara añosa a la operación cesárea. Si el embarazo ha llegado a su término sin problemas, no es razonable escoger a la cesárea como única opción para el nacimiento.

Frecuentemente los obstetras no ofrecen otra alternativa y proceden a operar sin dar la oportunidad de una prueba de trabajo. Ello ha impedido conocer a ciencia cierta si en verdad esas mujeres son incapaces para cursar un parto por vía vaginal.

Blickestain y colaboradores han señalado que las primíparas añosas por el simple hecho de serlo no deben ser manejadas como una paciente de alto riesgo. Kirz expresa que con buenos cuidados prenatales los riesgos son similares a los de las parturientas jóvenes y que el parto disfuncional, como indicación de cesárea, se observa con menos frecuencia que en el grupo de primíparas de 20 a 25 años.

Sack, citado por Davison y Fukuschiflia, encontró en un centro médico de California, que de 418 pacientes con edad mayor de 34 años, 63 eran primigestantes y al 61% de ellas se les practicó cesárea, siendo los factores iatrogénicos y socioeconómicos los que más influyeron para adoptar esta conducta²².

4.6.-Sufrimiento Fetal²³.

La prematurez y la inmadurez fetal también constituyen hoy una indicación generalizada para efectuar la operación cesárea.

En EE.UU - Missouri - Malloy y colaboradores, 1989 - encontraron en el período 1980 /1984 que la frecuencia de la cesárea se incrementó de 24 a 44% cuando los fetos pesaban entre 500 a 1499 grs, y de 21% a 26% cuando pesaban entre 1500 y 2499

²² Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>

²³ Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>

grs. Si su peso era mayor de 2500 grs. la cesárea pasó de 14% a 18% . Según los autores mencionados, no hubo evidencia alguna en los certificados de defunción en este grupo de neonatos, que la práctica de cesáreas para el nacimiento del niño de muy bajo peso mejorara su supervivencia y, concluyen que, por tanto, no existía ninguna justificación para ejecutarla.

Si a la prematuridad se suma la presentación de pelvis, la cesárea aparece como una decisión acertada. Aunque debe tenerse en cuenta que, tratándose de fetos inmaduros, la operación no garantiza ni deja a salvo de la posibilidad de complicación pulmonar, de hemorragia intraventricular, de sepsis o de secuela de daño cerebral.

4.7.- Análisis Ético-Médico:

Para concluir el desarrollo de las fundamentaciones, es indispensable efectuar una reflexión desde un punto de vista ético médico: La cesárea en beneficio materno, o en beneficio fetal o en beneficio de ambos, no es susceptible de objeción ética alguna.

Si la operación cesárea se practica como medida necesaria y conveniente para la madre (por ej., cáncer de cuello uterino), o salvadora para el feto (por ej., prolapso del cordón umbilical), o para ambos (por ej., por una placenta previa), se ajusta en todo a elementales normas de ética médica.

En la actualidad, se practican cesáreas invocando un supuesto beneficio para la madre o para su hijo. Se trata de una situación un tanto compleja, cuyo análisis ético requiere prudencia y franqueza. Partiendo del criterio admitido por la OMS, según el cual el 20% de las cesáreas llevadas a cabo están respaldadas por indicaciones médicas formales, incontrovertibles, lo que supere ese rango creo que puede y debe ser cuestionado éticamente.

En el desarrollo del presente trabajo, se ha visto como es posible que el parto vaginal ocurra, sin exponer a la mujer o a su hijo a mayores riesgos que los normales, en circunstancias aparentemente desfavorables, como la cesárea previa, la presentación de pelvis y la primípara añosa. Para ello es preciso que el médico obstetra posea tres virtudes indispensables: ciencia, conciencia y paciencia. La falta u omisión de una de ellas se presta para que el acto médico tenga visos antiéticos, o lo sea francamente.

Hace más de cuatro décadas, cuando se estaba lejos todavía del auge actual de la operación cesárea, el maestro español Santiago Deseux-Font decía que dicha

intervención no entraba dentro de la tocurgia, pues ésta *es arte y aquella no*. Se ha advertido que, con mucha frecuencia, se apela a la cesárea para esquivar el compromiso profesional que representa la operatoria vaginal cuando se trata de un caso fuera de lo común. "Se cesariza mucho más - decía Deseux-Font - porque parece más seguro, pero también para huir de un terreno que el profesional no pisa firme"²⁴.

La operación cesárea, en circunstancias ordinarias, es una intervención relativamente fácil, toda vez que se trata de un procedimiento reglado. No se necesita ser un experto, ni haber realizado una extensa especialización para poder ejecutarla. No es infrecuente que un estudiante de pregrado, que en su etapa de internado ha practicado en diversas oportunidades una cesárea, y ha intervenido como ayudante en otras tantas, se considere habilitado -avalado por la opinión de algún sector de profesionales- para realizar una cesárea, ya que manejando ese recurso podrá resolver numerosas dificultades que se le presenten. Pero ¿puede esto considerarse correcto? Nos pronunciamos enfáticamente por una respuesta negativa, tanto desde un punto de vista ético, como desde una perspectiva académica.

Las indicaciones para la realización de una cesárea, además de las mencionadas precedentemente, y en las que suele sustentarse la justificación de dicha intervención, son numerosas. Entre ellas podemos citar: inducción fallida, embarazo post término o prolongado, parto disfuncional, estrechez pélvica, feto grande, feto prematuro o inmaduro; además de enfermedades médicas maternas que científicamente no sufren agravamiento alguno con el proceso del parto.

En la actualidad, el solo hecho de que se trate de una parturienta primigesta es ya indicación para acudir a la operación cesárea, ocultando la realidad con uno de los rótulos enunciados para justificar el procedimiento. Esta política intervencionista en mujeres primigestas ha abierto el camino a la repetición de la cesárea, a la limitación del número de hijos y a la esterilización temprana.

A modo de síntesis cabe señalar que debe recurrirse a la cesárea, como procedimiento de terminación del embarazo, cuando comporte un beneficio tanto para la madre como

²⁴ Deseux-Font, Santiago, "El actual momento obstétrico", en Memoria III Congr. Lat. Am. Obst. Gin. México DF. tomo II, p.111. 1958, citado por Sánchez Torres, Fernando, en "Temas de Ética Médica", capítulo XII - parte 2., htmetica, Librería Digital, en [http:// www.encolombia.com/ ventas/libreria-digital.htm](http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm).

para el hijo, y la decisión se halle debidamente sustentada en el conocimiento científico. La realización de una cesárea, cuando existe una indicación cierta y la frecuencia teórica respeta los criterios recomendados por los organismos internacionales (OPS, OMS, CLAP), no merece objeciones de tipo ético.

Empero, toda vez que existan condiciones adecuadas para que el nacimiento se produzca por parto vaginal, el obstetra deberá realizar una eficaz tarea de concientización de la madre, utilizando todos los recursos a su alcance, proporcionándole una información adecuada y completa, para ayudarla a comprender los beneficios del nacimiento por vía natural.

IV- PROPUESTA DE REFORMULACIÓN DEL PLAN PREVENTIVO PRENATAL Y PERINATAL VIGENTE.

El análisis efectuado tiene por objeto sustentar un proyecto sanitario y socio-económico para actualizar y consolidar el programa de medicina preventiva y promoción de la salud por excelencia, que es el Programa Materno Infantil, ubicándonos específicamente en el Control Prenatal y la Atención Perinatal.

La propuesta apunta a la organización y modernización del mencionado programa en la Obra Social de Tucumán, y, sobre esa base, definir las estrategias necesarias dentro del Programa Materno Infantil- Control Prenatal y Atención Perinatal, para revertir, en el ámbito de la Obra Social, la tendencia en el incremento del número de cesáreas, al comprobarse que el mismo superó ampliamente los porcentajes considerados tolerables; y lograr, en el plazo de 2 años de implementado el Plan propuesto, una significativa disminución.

La estrategia se fundamenta en el diseño elaborado para el área, sustentado por Organismos Internacionales, y puesto en vigencia en el orden nacional.

La Obra Social Provincial, con 300000 beneficiarios aproximadamente, cuenta con 130000 mujeres, estimándose que 21230 de ellas se encontrarían en la etapa de edad fértil, por lo que se esperaría un total de 5700 a 6500 embarazos anuales. Conforme a la tasa global de fecundidad de la provincia, es del orden del 2,55%, con un promedio de hijos por mujeres de 3,2 para el período 1999/2000.

Del total de nacimientos anuales que se producen en la provincia - 27700- el 65% se producen en establecimientos estatales y el 45% en el sector privado que asiste a los beneficiarios del Subsidio de Salud, Obras Sociales Nacionales, Entidades de Seguros Médicos y pacientes privados.

La Obra Social provincial es responsable de las prestaciones correspondientes al 30% aproximadamente, del total mencionado, lo que significa el 85% de la población con algún tipo de cobertura médica asistida en el sector privado.

Lo expresado, permite ponderar la importancia que tiene el adecuado funcionamiento de un Programa Prenatal y Perinatal, para revertir, en el ámbito de la Obra Social

provincial, las causas que producen morbilidad materna e infantil, entre las que se encuentra el alto porcentaje de nacimientos por cesárea.

En consecuencia, se formula como propuesta la reformulación del “Plan de Control Prenatal y Atención Perinatal” dentro del Programa Materno Infantil de la Obra Social provincial. La reformulación propuesta se dirige a obtener los siguientes beneficios:

a- Revertir las causas que producen casi el 70% de la mortalidad infantil; entre ellas, prematuridad, sepsis bacteriana del recién nacido, dificultades respiratorias, y otras.

b.- Incidir en una manifiesta disminución de la mortalidad materna, permitiendo un adecuado acceso de las mujeres a la información y a los servicios de salud reproductiva, evitando abortos inducidos o provocados que junto a la toxemia del embarazo, hemorragia y sepsis, son las principales causas de muerte materna.

c.- Posibilitar la reducción en un 20% de la mortalidad perinatal y de la mortalidad materna, en relación al período analizado.

d.- Disminuir la alta tasa de cesáreas que actualmente registra aproximadamente el 80% de los nacimientos (porcentaje que supera ampliamente la norma del 20% propuesto por la OMS y demostrada su factibilidad en el sector público de la provincia de Tucumán).

e.- Permitir una mejor distribución y asignación de los recursos destinados a la salud prenatal y perinatal. En esa dirección se debe tener presente que el nacimiento por cesárea produce una multiplicación del gasto por aumento de estancia hospitalaria, medicamentos, pensión y derechos sanatoriales, convalecencias, costos por complicaciones, problemas psicoafectivos y aumento de la mortalidad materna hasta 12 veces más.

A la indiscutible importancia del aspecto económico en un Estado donde los recursos son siempre escasos y las necesidades de salud cada vez mayores, se agrega, en la concreta cuestión que se investiga, la circunstancia de que el incremento de los gastos que deben ser absorbidos por la obra social de la provincia – que, como se dijo, se compone de alrededor de 300000 beneficiarios- se traduce en un significativo impacto en el presupuesto de salud de la Obra Social provincial.

La formulación propuesta se basa en el cumplimiento de criterios y directivas y en la adopción de una serie de medidas que se detallan seguidamente:

- 1.- Cumplir en un 100% con las Indicaciones de OPS/OMS/CLAP para el control prenatal y atención perinatal.
- 2.- Contemplar el suplemento alimentario materno con la provisión de 5 Kg. de leche a la embarazada.
- 3.- Cubrir los estudios complementarios necesarios para el diagnóstico y evaluación de la Salud Fetal según normas de OPS/OMS/CLAP.
- 4.- Implementar un sistema de documentación avalatoria de prestaciones (chequeras especiales con prácticas preautorizadas), que permita conocer el consumo y prever el gasto total, y determinar el presupuesto del Programa.
- 5.- Proporcionar cobertura integral (100%) a cargo de la Obra Social de los estudios y de todas las prestaciones normatizadas y excepcionales vinculadas al control prenatal y atención perinatal.
- 6.- Proveer a cada beneficiaria del Plan un "Carnet Prenatal" (según modelo de CLAP vigente desde hace 10 años en el Sector Público de Tucumán).
- 7.- Proveer al profesional obstetra y a las entidades sanatorias, de la "Historia Clínica Base Prenatal" (según modelo CLAP vigente desde hace 10 años en el Sector Público de Tucumán), la que será de confección obligatoria a partir de la iniciación de los controles correspondientes.
- 8.- Creación de un sector de control de calidad de la atención y conocimiento de los resultados prenatales y perinatales en la marcha del proceso, a través de un Sistema Informatizado de Datos. De ese modo se posibilitará un efectivo sistema de control, que constituye un elemento fundamental para la toma de decisiones en tiempo y forma.
- 9.- Organización de un "Sistema de Información Prenatal" (SIP) para facilitar la obtención de estadísticas actuales y reales que permitan la toma de decisiones inmediatamente de producidos los desvíos.
- 10.- Elaboración del presupuesto del Programa a partir de la demanda conocida y las prestaciones correspondientes al Plan, lo que permitirá conocer el perfil epidemiológico y las tasas de utilización, que se obtendrán con la base de datos y las estadísticas mencionadas.

V.- ANALISIS COMPARATIVO DEL PLAN VIGENTE Y DEL PLAN PROPUESTO.

Plan Vigente - Control Prenatal		Plan Propuesto – Control Prenatal	
3 Ordenes de consultas	\$ 30.00	9 Ordenes de consultas	\$ 90.00
2 Ordenes de Ex. de orlna, Grupo y Factor, VDRL	\$ 13.47	Análisis según Normas	\$ 115.94
Medicamentos	\$ 84.00	Medicamentos	\$ 40.00
No provee en gratuidad	\$ 0.00	Ecografías x 3	\$ 45.00
No provee en gratuidad	\$ 0.00	Leche x 5. Kgs.	\$ 40.00

De implementarse el Plan Prenatal propuesto, utilizado en el Sector Público, es esperable:

Sub-Total por gestante:	\$ 127.47	Sub-Total por gestante:	\$ 330.94
Parto o Cesárea:	\$ 970.00	Parto o Cesárea	\$ 970.00
Actualmente Parto	\$ 650.00	Unificación del arancel.	
Actualmente Cesárea	\$ 970.00		
Costo Total:	\$ 1.097.47	Costo Total:	\$ 1.303.94
Tiempo de cobertura p/ la madre: 6 meses		Tiempo de cobertura p/ la madre: 7 meses	
Gestaciones promedio mensuales: 500		Gestaciones promedio mensuales: 500	
Constante de Gestaciones p/ el Plan: 3.500		Constante de Gestaciones p/ el Plan: 3.500	
Costo mensual por madre: \$ 182.91 (1.097.47 dividido en 6 meses)		Costo mensual por madre: \$ 186.27 (1.303.94 dividido en 7 meses)	
Costo mensual del Plan: \$ 640.185 (182.91 x 3.500)		Costo mensual del Plan: \$ 651.945 (186.27 x 3.500)	
Cápita mensual \$ 1.82 (\$ 548.730 dividido 300.000 afil.)		Cápita mensual: \$ 2.17 (\$ 652.969 dividido 300.000 afil.)	
Observaciones		Observaciones	
1º No cumple con el Programa Mínimo de Control Prenatal propuesto por OPS/OMS		1º Cumple en un 100% con la propuesta de OPS/OMS.	
2º No contempla el suplemento alimentario		2º Contempla el suplemento alimentario	
3º No contempla estudios complementarios diagnóstico (ecografías) para evaluar desarrollo y salud fetal		3º Abarca estudios complementarios necesarios para el diagnóstico y evaluación de la Salud Fetal según normas (Ecografías)	

4º Se desconoce el gasto real del control prenatal individual y voluntario que realiza cada gestante con el pago de coseguros para obtener las prestaciones normatizadas e Indicada por sus obstetras y que no son registradas como controles y se confunden con la totalidad de prestaciones en general.	4º El presupuesto del Programa surge del conocimiento del gasto total del control prenatal (chequeras especiales con prácticas preautorizadas).
5º Alto porcentaje de estudios de control prenatal realizados sin seguimiento ni cobertura integral de la Obra Social. Desconocimiento de cantidad de gestantes que no reciben controles	5º Cobertura integral (100%) a cargo de la Obra Social. Con debida difusión del Programa se captaría las embarazadas que no realizan controles
6º Coseguro del 20% abonado por la beneficiaria en prestaciones no incluidas en el Plan.-	6º No se cobra Coseguro. El Plan cubre el 100% de todas las prestaciones normatizadas y excepcionales que tengan que ver con la Gestación/Parto según necesidad.
7º La Obra Social no contempla la provisión de "Carnet Prenatal" a la beneficiaria.-	7º Provisión de "Carnet Prenatal" según modelo (de CLAP) vigente desde hace 10 años en el Sector Público de Tucumán.-
8º La Obra Social no exige ni provee "Historia Clínica Base" informatizada. Aprobada a nivel nacional desde junio de 1993. Vigente en el sector público de Tucumán desde hace 10 años.-	8º Implementación obligatoria al equipo de salud y entidades sanatoriales de "Historia Clínica Base Prenatal" (de CLAP). Vigente desde hace 10 años en el Sector Público de Tucumán.
9º Imposibilidad dentro de este Plan, de Seguimiento y Control de Calidad de la Atención, debido a la falta de registros sistematizados referentes a la evolución de las gestaciones.	9º Posibilidad de control de calidad de la atención y conocimiento de los resultados perinatales en la marcha del proceso, a través del Sistema Informatizado de Datos. Elemento fundamental para la toma de decisiones en tiempo y forma.
10º No existen registros estadísticos ni base de datos organizados para elaborar estadísticas actuales y reales.	10º Facilidad para la obtención mediante el "Sistema de Información Prenatal" (SIP) de estadísticas actuales y reales que permiten la

	toma de decisión inmediatamente de producidos los desvíos.-
11º Ausencia de voluntad política para la toma de decisiones con respecto a la implementación de las estrategias necesarias, a la fecha de elaborado el presente Plan.	11º En el programa propuesto existe la posibilidad de elaborar Programas Preventivos a partir de la clasificación de los factores de riesgo, analizados epidemiológicamente en la población de la Obra Social, en el cual se Implementaría el Plan Prenatal.
12º Desconocimiento del riesgo poblacional desde un punto de vista epidemiológico, por ausencia de los datos técnicos necesarios.-	12º El conocimiento del presupuesto destinado al Plan, del perfil epidemiológico y las tasas de utilización que se obtendrán con la base de datos y las estadísticas mencionadas, permitirán conocer el riesgo poblacional y podrán ser cubiertos con el conocimiento técnico adecuado.
13º El presupuesto de este Programa no revela la veracidad del gasto perinatal y no brinda la cobertura en forma universal.-	13º El presupuesto del Programa será elaborado a partir de la demanda conocida y las prestaciones correspondientes al Plan.

VI.- CONCLUSIONES.

1.- Los índices de cesáreas en el ámbito de obra social provincial Subsidio de Salud de Tucumán, en el período investigado –noviembre 1999 a noviembre 2000-, no se encuentran dentro de la frecuencia teórica apropiada o aceptable.

2.- Estos índices están muy por encima de los que se observan en el Sector Público (en igual período), donde la distribución porcentual (80% de partos normales y 20% de nacimientos por cesárea), es la considerada aceptable universalmente.

3.- Resulta de fundamental importancia el adecuado funcionamiento de un Programa Prenatal y Perinatal, para revertir, en el contexto de la Obra Social Provincial, las causas que producen morbilidad materna e infantil, entre las que se encuentra el alto porcentaje de nacimientos por cesárea.

4.- Corresponde reformular el “Plan de Control Prenatal y Atención Perinatal” dentro del Programa Materno Infantil de la Obra Social provincial, de conformidad con las propuestas ya formuladas en los **puntos IV y V** de este trabajo, a fin de lograr los siguientes objetivos:

a.-Revertir las causas que producen casi el 70% de la mortalidad infantil; como ser prematuridad, sepsis bacteriana del recién nacido, dificultades respiratorias, etc.

b.- Con respecto a la mortalidad materna, el programa incidiría en una disminución manifiesta con un adecuado acceso de las mujeres a la información y a los servicios de salud reproductiva, evitando abortos inducidos o provocados que junto a la toxemia del embarazo, hemorragia y sepsis, son las principales causas de muerte materna.

c.- La adecuada implementación del plan, permitiría disminuir la alta tasa de cesáreas que registra en el período analizado (80% de los nacimientos), y demostrada su factibilidad en el sector público de la provincia de Tucumán).

d.- La aplicación del “Plan de Control Prenatal y Atención Perinatal” incidiría en la disminución de los costos, toda vez que el nacimiento por cesárea produce una multiplicación del gasto por aumento de estancia hospitalaria, medicamentos, pensión y derechos sanatoriales, convalecencias, costos por complicaciones, problemas psicoafectivos y aumento de la mortalidad materna.

Se trata de una cuestión de singular relevancia, por cuanto la obra social provincial tiene aproximadamente 300000 beneficiarios, y los gastos que debe absorber producen un impacto significativo en el presupuesto de salud de la misma.

BIBLIOGRAFIA

- BECKER, CARLOS ALBERTO, "La Cesárea del Tercer Milenio"
<http://www.tocoglineconet.com.ar/publicaciones/cesarea3milenio3.htm>
- MINISTERIO DE SALUD – Argentina 2001. Área de Salud Materno Perinatal y Reproductiva – Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales.
- ETCHEVERRY M E., El cuidado Prenatal: Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. En "Bases de Datos Perinatales de los Programas Provinciales de Salud Materno Infantil, de grandes maternidades: Hospital J. J. Urquiza de Concepción del Uruguay; Hospital Dr. J. C. Perrando; Hospital de la Madre y el Niño 3; Policlínico Regional Dr. Ramón Carrillo, y del Programa de Salud Reproductiva Materna-Perinatal de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales del Ministerio de Salud de la Argentina". MINSA2001.
- HENNING CONTRERAS, ENRIQUE, en "Parto Vaginal ¿Una alternativa viable?", en <http://www2.udec.cl/~depobgin/parto/parto>.
- MINISTERIO SALUD. ARGENTINA – GOBIERNO DE LA NACIÓN. OPS. "Indicadores Básicos. Argentina 2003" –Procesamiento de Datos del Sistema Informático Perinatal. 2da. Edición.
- SIMINI, F. RUBINO, M. LÓPEZ, R. DÍAZ, A. G.. SCHWARCZ, R. (CLAP) OMS/OPS. Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia: Parto y Cesárea. Boletín Web Médica Argentina N° 9
http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/o3_pag28.htm#cesarea
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN, aprobado por Resolución N° 856 (SS), 29 de octubre de 1993 – dentro del marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Implementado por Resolución (MS y AS) N° 149. Junio 1° de 1993. "Propuesta Normativa Perinatal, Atención del Embarazo Normal, Parto de Bajo Riesgo, y Atención Inmediata del

Recién Nacido". República Argentina – "Propuesta de normativa Perinatal. Atención del parto de riesgo. Período expulsivo patológico", Tomo IV. Dirección de Salud Materno-Infantil. Ministerio de Acción Social de la Nación. República Argentina. Aprobado por resolución nº 124 (SS) del 31 de Octubre de 1997.

- BOLETÍN DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP) "Salud Perinatal".. Diciembre 1998. 17 OPS/OMS –
- BOLETÍN DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP) "Salud Perinatal".. Montevideo Uruguay. Vol.3 – Nº 10- 1990.

BOLETÍN DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP). OMS/OPS "Salud Perinatal": Vol. 3 Nº 9, 1989.

- SÁNCHEZ TORRES, FERNANDO, *Temas de Ética Médica*, capítulo XII - parte 2.htmética, Librería Digital, <http://www.encolombia.com/ventas/libreria-digital.htm>.

Páginas WEB consultadas :

- Página de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires <http://www.sogiba.org.ar>
- Revista del Hospital Ramón Sardá <http://www.sarda.org.ar/>
- <http://www.latinsalud.com/>
- <http://www.drscope.com/pac/gineobs/o3/index.htm>