

Propuesta de gestión de políticas públicas orientadas a garantizar derechos

Raíces. Maternidad Estela De Carlotto.
Moreno, Buenos Aires, año 2016

 Patricia Rosemberg y Maria Cecilia Zerbo

Introducción

Durante el último siglo la medicalización del embarazo, el parto y el nacimiento fue pensada como estrategia para reducir las muertes maternas y neonatales, sin embargo en el terreno de las intervenciones no se pone en juego solamente el arte de curar.

Si bien en algún aspecto esta estrategia resulta epidemiológicamente indiscutible, en el proceso salud-enfermedad, atención del parto y del nacimiento la hipermedicalización de este lleva, entre otros eventos, a que la mayoría de los nacimientos finalicen en cesáreas, en el incremento del número de casos en los que lejos de disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, las aumenta.

La formación de los profesionales de la salud relacionados al parto, tanto médicos como obstetras y enfermeras de los últimos cincuenta años está dirigida hacia la intervención como práctica profesional valorada en donde la conducción con medicación del parto, la finalización en la rapidez del período expulsivo y la inmediatez del nacimiento son prácticas culturales devenidas en hábito profesional. Cuando no hay justificación clínica para la intervención se produce la normalización y sistematización de prácticas cruentas como la episiotomía rutinaria, el forzamiento a adoptar la posición de acostada para parir y la prohibición de deambular, comer y beber durante el proceso de parto y nacimiento, las cuales se asocian con prácticas violentas que tratan de callar y anular los cuerpos de las mujeres y los niños y de cancelar sujetos para convertirlos en objetos de trabajo.

La práctica de la medicina a la vez que cura, domestica, sanciona, integra o excluye a los sujetos colectivos en los que se inscribe. La medicina como agente de control social y de reproducción de asimetría de poder influye además en la percepción de los cuerpos de las mujeres embarazadas, en el concepto de normalidad en una sociedad hipermedicalizada, en la cual la mujer embarazada pierde protagonismo tanto en la decisión y acción sobre los procesos fisiológicos de su cuerpo como en el propio parto. La medicina fue ganando terreno en el proceso de parto y nacimiento al tiempo que las mujeres y los hombres fueron cediendo el dominio sobre sus procesos fisiológicos y naturales, valorando también la intervención medicamentosa.

Teóricamente, la complejidad de cada establecimiento se considera vinculada al lugar destinado a la atención del parto de las mujeres y el nacimiento de los niños de acuerdo con la necesidad de utilizar determinado soporte vital y tecnológico, según

sea la condición clínica de la embarazada y del niño por nacer. Sin embargo, pueden observarse diferencias muy importantes en las características de los partos y nacimientos: por la vía de finalización como en los partos vaginales o cesáreas; por la utilización de intervenciones medicamentosas como la colocación de guías de suero, el uso de medicación para la conducción del parto como la oxitocina, la ruptura artificial de membranas, la realización de episiotomías, la posición de la madre durante el parto, el acompañamiento de la mujer durante todo el proceso de parto, nacimiento y alumbramiento respetando y brindando comidas y bebidas durante el trabajo de parto, a partir del corte adecuado del cordón umbilical, del contacto del niño recién nacido con su madre de forma prolongada, la no realización de prácticas invasivas y dolorosas al niño como la utilización de sondas, la aspiración, la iluminación, etcétera. La vigencia del derecho del parto respetado nos provoca la indispensable reflexión que nos conducirá hacia las transformaciones necesarias para la implementación de un nuevo paradigma de atención de los nacimientos.

En este contexto hemos asumido la responsabilidad de abrir un hospital público en el barrio de Trujui, en el partido de Moreno, orientado a garantizar derechos perinatales y aquellos vinculados a la salud sexual integral. Un hospital fruto de luchas colectivas e individuales y resultado de políticas públicas locales y nacionales que permitieron su construcción y puesta en marcha. Un hospital con impronta comunitaria contundente pero que debía no solo soñarse, sino verse en funcionamiento activamente, y cumplir con las expectativas de la comunidad, pero principalmente del resto de las organizaciones de salud del distrito que necesitaban de manera urgente ayuda para poder pensar en mejores nacimientos para los morenenses.

1. Nuestra historia

La Maternidad de Moreno Estela de Carlotto es un hospital materno neonatal perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires que forma parte del corredor sanitario conformado por las unidades del distrito de Moreno, a saber: el hospital Mariano y Luciano de la Vega y el hospital nacional Alejandro Posadas.

La maternidad comenzó a funcionar en enero de 2013, en lo que fue considerada su etapa de construcción de identidad basada en los derechos sexuales y reproductivos, el cuidado integral de la mujer y el parto respetado. Se utilizó desde sus inicios el modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF) como una de las herramientas de implementación de la política de desarrollo institucional.

En esta etapa se realizó la selección del nombre de la organización junto a los trabajadores, buscando un sentido de lucha por los derechos humanos relacionados con el maternaje aun en situaciones de adversidad. Con el nombre se puso en evidencia la necesidad de continuar en la búsqueda de la justicia social en aspectos vinculados a nuestra organización en el ámbito de la salud. La figura ejemplificadora de Estela de Carlotto permite una fuerte identidad colectiva y también nos da el honor de honrar su historia.

Durante los primeros cuatro meses de funcionamiento se trabajó puertas adentro sin atención al público con el personal abocado por un lado, a la gestión de los recursos y del equipamiento que faltaba y por el otro, a la formación y planificación colectiva de los procesos que posteriormente se pondrían en marcha. Estos primeros ejercicios de planificación estratégica dejaron en evidencia que la evaluación permanente y el desarrollo de mecanismos de rendición de cuentas iban a ser motores de crecimiento y mejora continua.

En esta línea, se realizaron simulacros de atención que permitieron poner en práctica los procesos pensados previamente y generar opciones de atención que beneficiaran a las mujeres, niños y familias. De esta manera, se sistematizó un *modo de hacer* basado en el trabajo en equipo y en donde cada actor es esencial para garantizar el producto final en todos los componentes de calidad (eficiencia, eficacia y efectividad). En aquel entonces, el plantel estaba conformado por setenta personas, con un formato de trabajo interdisciplinario y horizontal que procuraba liberar el modelo de atención de todo tipo de caracterizaciones hegemónicas.

El concepto de trabajador de la salud se construyó en un sentido amplio y horizontal, priorizando gestos concretos para que *todos* tuviesen protagonismo colectivo, siempre poniendo a la mujer, el niño y la familia en el centro de la escena. Desde el inicio de la organización tomamos a la diversidad como oportunidad y a la inclusión como un valor irrefutable y nos consideramos en un proceso de aprendizaje creativo que requería de un esfuerzo individual para permeabilizar las resistencias disciplinares a las nuevas formas y procedimientos.

A fines del 2013 y comienzos del 2014, se puso en funcionamiento toda la línea de servicios que se había diseñado en la etapa de identificación: se inauguró la atención en consultorios externos, se habilitó la realización de estudios de laboratorio, ecografías, electrocardiogramas y mamografías, el vacunatorio, comenzaron los talleres de Preparación Integral para la Maternidad y las actividades comunitarias. De esta manera, se puso en marcha la Red Perinatal de Bajo Riesgo del Corredor Sanitario de Moreno y en noviembre de ese mismo año se empezó a ofrecer atención las 24 horas, que incluía las guardias de obstetricia y neonatología.

Finalmente, a fines de mayo de 2014, se dio inicio a la atención de partos y a la internación. Los equipos fueron creciendo en su dotación y en las destrezas necesarias que posibilitaron el cumplimiento de las normas que están por fuera de lo que las sociedades científicas y escuelas de estudio tradicionales venían impulsando. Esta nueva etapa significó un proceso de fusión de saberes, en donde se generaron tensiones y contradicciones que, si bien han sido parcialmente superadas, posibilitaron garantizar la puesta en marcha, el incremento de la producción y la conformación de una línea de base de indicadores de calidad por productos que nos permiten realizar la evaluación de los servicios. El ejercicio de planificación estratégica fue sostenido, sumándole el concepto de indicadores consolidados y un sistema de información a incorporar.

2015 ha sido un año de incremento masivo de la dotación de personal y de la producción que ya alcanza el número de doscientas setenta personas, sin grandes variaciones en los indicadores de calidad.

En 2016, consideramos que la forma de continuar generando una organización con una cultura organizacional diferente era la de apostar a la consolidación del *capital humano* del hospital y del sistema de salud público en general. Se creó la Dirección de Capital Humano, integrada por los departamentos de Recursos Humanos, comunicación interna, desarrollo de las personas, infraestructura, higiene hospitalaria, cuidadores hospitalarios, bioingeniería y un área llamada *gestión de enlace*, orientada a fortalecer los vínculos interpersonales que la tarea asistencial va rompiendo o resintiendo y a encontrar puntos en común entre los diferentes equipos, a la luz de la planificación estratégica y de la gestión por procesos, que ayuda permanentemente a -chequear el rumbo de la organización como un *todo*.

Estamos convencidas de que orientar nuestros esfuerzos al *capital humano* es la clave para generar transformaciones en las prácticas y para el sostenimiento de la calidad asistencial.

2. Características de la institución

2.1 Nuestros pilares institucionales

MSCF (cumplimiento de sus principios y ejes conceptuales): este modelo prioriza los derechos de las madres, padres, hijos y familias de ser ellos los protagonistas durante todo el proceso reproductivo que engloba el embarazo, trabajo de parto y nacimiento. Procura una atención de calidad tendiendo a la baja de la morbilidad materna y neonatal.

Desarrollo local: la construcción de esta institución apunta a mejorar la calidad de vida, entendiendo a la salud como un derecho universal, compuesta por el bienestar físico, psíquico, anímico y social. Cuando una persona se encuentra bien física, psicológica y emocionalmente protagoniza el cambio social y el desarrollo local.

Gestión responsable: promovemos una gestión transparente, eficiente y con responsabilidades compartidas, con planificación estratégica y evaluación permanente.

Cultura organizacional planificada y centrada en los derechos: facilitamos instancias de planificación conjunta a través de nuestra área de *gestión de enlace*.

2.2 Nuestra misión

La Maternidad Estela de Carlotto es un hospital provincial de bajo y mediano riesgo (2° nivel de complejidad) que forma parte del Sistema de Salud de la Región Sanitaria VII. Brinda atención perinatal: acompaña a las mujeres y a sus familias durante el tiempo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento del bebé. Fue pensada desde sus comienzos como MSCF en línea con los derechos del parto respetado. Realiza actividades de asistencia, promoción y prevención desde una perspectiva de derechos y en forma interdisciplinaria. Incluye acciones destinadas al cuidado de la salud de la mujer (como la detección de cáncer cérvico-uterino y mamario) así como a la promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva.

2.3 Nuestra visión

Consiste en ser una maternidad modelo con un trabajo en red consolidado e integrado que se constituya como centro de formación profesional de pre y posgrado y que cuente con equipos de trabajadores altamente calificados, con actualización permanente en su formación. También se promueve el trabajo en un entorno de evaluación continua y mejora de procesos. Cabe mencionar que la Maternidad obtuvo la acreditación de Calidad del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS) en el año 2015 por dos años.

3. Modelo de gestión aplicado en la Maternidad Estela de Carlotto: Raíces

1. *Cultura organizacional*: se buscó la construcción de identidad, en la historia del surgimiento de la Maternidad Estela de Carlotto, como estrategia para la disminución

de la mortalidad materno-infantil. Es un *hospital abierto*, enlazado con la comunidad que promueve la humanización e integralidad de las prácticas.

2. *Calidad*: expresada en la *gestión de enlace*, la planificación estratégica acompañada y homogénea, la calidez y el buen trato como indicador de calidad. Análisis de consumos y costos. Acreditación.

3. *Transformación*: llevada a cabo a través de conceptos clave como, por ejemplo, la teoría del vínculo, liderazgo, gestión del cambio, modelo de transparencias y naturalizaciones.

4. *MSCF*: se caracteriza por el *parto respetado*, la recepción respetada e intervenciones mínimas.

5. *Derechos*: es un *modelo de atención centrado en derechos*. El desafío es transformar el modelo de atención tradicional en un modelo *garante de derechos*, pasar de ser proveedores de servicios a garantes de derecho.

6. *Seguridad del paciente*: el error debe tomarse como puntapié inicial de la mejora continua. Gestión del riesgo y checklist a través de formularios de revisión, modificaciones de proceso y acciones preventivas. Seguimiento de los consumos de los recursos.

4. Identidad del proyecto Raíces

La identidad de este proyecto está basada en la imagen de un árbol brasilero llamado *guriú*. Este árbol habita en las regiones del norte de Brasil, en Fortaleza y en Jericoacoara. Crece en playas desérticas, en condiciones muy adversas para un árbol y, más aún para la existencia de un bosque que garantice protección, cuidado, seguridad, reparo y vida en medio de médanos interminables. Estos árboles logran subsistir y desarrollarse gracias al crecimiento exagerado de sus *raíces* que sobresalen de la tierra, siendo absolutamente visibles y en algunos casos, más grandes que las copas de los propios árboles. Estas raíces garantizan el crecimiento a pesar del medio ambiente y dan paso a la vida, materializada en árboles de pequeño espesor, altos y con copas modestas, pero que en su conjunto conforman sombras inigualables.

De igual modo, consideramos que las organizaciones que deseen transformarse en *garantes de derecho* deberán hacerse de enormes *raíces* visibles que garanticen la supervivencia de este nuevo modelo, el cual sin duda posee un contexto global absolutamente adverso y que solo podrá reproducirse si logra consolidar un bosque que lo cobije en medio de este desierto que es el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, Eduardo L., 1988) y el Sistema de Salud de la Argentina.

5. Evolución

Con respecto a la evolución de la organización en términos de indicadores de calidad y producción a lo largo de su proceso de apertura, la Maternidad Estela de Carlotto ha logrado incrementar un 300% su dotación de trabajadores en tres años, estando hoy al 60% de la estructura de capital humano diseñada en el momento del proyecto original, su presupuesto anual es de 70 millones de pesos incluyendo sueldos. La producción se ha incrementado un 400% en promedio tomando en cuenta los procesos más significativos para las usuarias y de acuerdo con las normas.

Se acompañaron más de 3000 nacimientos, con una tasa de cesárea del 12,3% y en el partido de Moreno sobre 6000 nacimientos la tasa es de un 30%, lo que garantiza el éxito de la red.

En la maternidad menos del 50% de las mujeres parieron acostadas y el 98% de ellas estuvo acompañada durante el trabajo de parto, parto y recuperación; más del 80% se retiró dada de alta practicando la lactancia materna exclusiva. Solo el 1,8% de los bebés nacidos en la maternidad han requerido ingreso a neonatología. Estos logros se deben al éxito de la estrategia de *estratificación del riesgo ambulatorio* y al consultorio de tamizaje que es un dispositivo asistencial que permite la articulación de la red ambulatoria, según cuál sea el riesgo del embarazo: las mujeres que paren en la maternidad requieren solo de un nivel 2 de complejidad. Cabe mencionar que el 76% de los partos que se acompañaron en la maternidad han pasado por el consultorio de tamizaje.

También se garantizó el acceso a 5000 personas a métodos de planificación de vida, de los cuales el 76% de ellos son métodos anticonceptivos que se pueden utilizar a largo plazo. Se incluyen en las estadísticas la realización de 500 ligaduras de trompas, 25 vasectomías sin bisturí y más de 700 implantes subdérmicos.

Además, se acompañaron más de 120 interrupciones legales del embarazo en las cuales el 80% de las mujeres se retiraron con un método anticonceptivo a largo plazo.

La red neonatal permitió el traslado de 250 neonatos que habían requerido una atención de alta complejidad a otra de baja complejidad, por lo que se liberaron de esta forma mil días de cama del tercer nivel de complejidad, solamente en el año 2016. Se favoreció de este modo el vínculo temprano del prematuro con su madre y su familia, se logró de esta manera un 60% de lactancia materna exclusiva. Esta red de atención ha permitido el traslado adecuado de más de treinta niños a un nivel de alta complejidad, no registrándose hasta el momento muertes neonatales.

Por otro lado, se realizaron tres convenios con universidades públicas nacionales, se abrió la residencia de obstetricia y se recibieron más de 100 rotantes de diferentes profesiones, funciones y orígenes, entre los que se encuentran rotantes de ciencias exactas. Estos rotantes son residentes o concurrentes que van rotando por distintos hospitales y centros de salud.

Asimismo, la organización ha sido seleccionada para integrar el proyecto de Maternidad Segura y Centrada en la Familia Fase II de la Organización de las Naciones Unidas a través de Unicef Argentina.

6. Conclusión

Nos enfrentamos a un tiempo de pérdida de la identidad individual y colectiva frente al evento del *nacimiento* que amerita nuevos valores éticos y de rol que conllevan a reidentificarnos como un nuevo colectivo.

Sin embargo, este proceso de transformación que se impone posee un comienzo individual y propio que obliga a los trabajadores a replantearse en primera medida su propia identidad y la necesidad insoslayable de adquirir nuevas destrezas y técnicas que faciliten el cumplimiento de este nuevo rol de acompañante de transformaciones que tendrá como desafío central el manejo de las frustraciones, la tolerancia al error,

la resistencia al cambio y la necesidad afectiva de aquellos que deciden individual y colectivamente animarse a ser parte de la creación de este nuevo paradigma.

La información sistematizada cumpliría el rol fundamental de iluminar el andar. Creemos que la resignificación del cuerpo de la mujer y del niño, y la valiente identificación de muchos y muchas en procesos de reinención, hacen vigente y latente el derecho al parto respetado y nos ponen en *acción*.

Este viejo y nuevo paradigma requiere de profundas transformaciones sociales: por un lado de las mujeres y hombres que deciden ser padres a los que se les requiere empoderarse y ser protagonistas de su embarazo y del proceso de parto y nacimiento. Mujeres y hombres que puedan reaprender a escuchar su cuerpo, a permitirse pasar por la incertidumbre de los tiempos naturales, mujeres y hombres que adquieran un rol activo y que puedan interpelarse sobre sus propios saberes y elecciones en una sociedad medicalizada y en donde la intervención, como en el caso del nacimiento por cesárea, pasa a ser por su frecuencia la norma.

Dicho paradigma está pensado y se trabaja para que las mujeres puedan conectarse con su cuerpo y con la sexualidad del embarazo, para mujeres y hombres que acompañados por equipos de salud puedan transitar el proceso de parto y nacimiento desmenuzando las diferencias entre el dolor del parto real y tolerable, pero que nunca debe ser sufrimiento.

Es fundamental que las mujeres y los hombres que conforman los equipos de salud reaprendan su rol, que puedan acompañar con técnica, pero también con arte y sobre todo con conexión, con intensidad, con emoción y con amor, este evento único y singular que es el parto y nacimiento.

7. Bibliografía

- » Menéndez, E.L. (1988). Ponencia Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria de la Salud. Segundas Jornadas de Atención Primaria de Salud. Conocer. Universidad Nacional de Lanús.

