

1.22

PROPUESTA DE ACCIONES PARA DISMINUIR LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE LA PROVINCIA MAYABEQUE

Autores: Dra. Belkis Brito Herrera (*)

Dra. Jazmín de la Caridad Torres Brito (**)

Dr. Generoso Torres Fuentes (***)

Dr. Jorge Luis Vargas Morales (****)

Lic. Bárbara Taimy Morales García (*****)

(*) Especialista de 1er Grado de MGI y Pediatría

MSC Atención Integral al Niño

Profesor Auxiliar

Investigador Agregado

(**) Residente de 1er año de MGI

(***) Especialista de 2do Grado de Urología

MSC Longevidad satisfactoria

Profesor Auxiliar

Investigador agregado

(****) Residente de 2do año de MGI

(*****) Licenciada en Enfermería

Especialista en Enfermería Comunitaria

MSC Atención Integral al Niño

Profesor Asistente

Institución: Instituto Superior de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque

Localidad: San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba

Resumen

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (ONU) se fijaron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cada uno de ellos con metas concretas para llevar a cabo a lo largo de 15 años (Organización de las Naciones Unidas, 2010). La atención materno-infantil se ha constituido, en consecuencia, como una matriz extraordinaria para la atención de la población, que engloba actividades esenciales como alimentación, nutrición, inmunización, salud reproductiva, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, diarreas, infecciones respiratorias agudas, etc. A partir de esta matriz, se da la atención general del resto de la población, incluyendo el ambiente. La participación

de las madres ha sido también la base de muchas experiencias de organización y participación comunitaria.

Introducción

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (ONU) se fijaron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cada uno de ellos con metas concretas para llevar a cabo a lo largo de 15 años (Organización de las Naciones Unidas, 2010).

En septiembre de 2015 se reunieron los representantes de los estados miembros de la ONU para evaluar los avances logrados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El trabajo aquí presentado se centra en los objetivos de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, teniendo como meta reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años y Mejorar la salud materna, teniendo como metas reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes respecto a las cifras de 1990 y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

En 2013, 1 de cada 10 niños en África Subsahariana falleció antes de cumplir los 5 años. No obstante, desde 1990, se ha reducido en un 48% la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, pasando de 179 a 92 fallecimientos por 1000 nacidos vivos. África Subsahariana ha incrementado su tasa de descenso anual de mortalidad en menores de 5 años desde el 0,8% en 1990 al 4,2% en 2013; 5 veces mayor el descenso entre 2005 y 2013 que entre 1990 y 1995 (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En 2013, África subsahariana tuvo la tasa de mortalidad materna más alta de las regiones en desarrollo, con 510 muertes por cada 100.000 niños nacidos abarcando un 62% de las muertes maternas a nivel mundial.

La atención materno-infantil se ha constituido, en consecuencia, como una matriz extraordinaria para la atención de la población, que engloba actividades esenciales como alimentación, nutrición, inmunización, salud reproductiva, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, diarreas, infecciones respiratorias agudas, etc. A partir de esta matriz, se da la atención general del resto de la población, incluyendo el ambiente. La participación de las madres ha sido también la base de muchas experiencias de organización y participación comunitaria. En esta área, la OPS/OMS ha alcanzado muchos de sus mejores resultados. Merece citarse como pionera, la Declaración de Caracas sobre Salud Materno- Infantil (1948), que establece los "derechos del niño a la atención, en general a una vida saludable y a la atención de su salud", y el establecimiento del Centro Latino-Americano de Perinatología (CLAP), en 1970, en Montevideo, Uruguay, como una base regional de la OPS.

Los primeros programas de salud que se establecieron en el país, después de los programas de control de enfermedades transmisibles, fueron los de salud materno-infantil, porque se acepta universalmente que dos de los indicadores del estado de salud de una población son la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna. En el Perú, la protección de la salud del binomio madre-niño comenzó con el establecimiento de las clínicas prenatales, postnatales y de salud infantil, y la capacitación de su personal. Poco después, se coordinaron las actividades de dichas clínicas con la de los hospitales para proporcionar atención institucional a las parturientas. Esta tarea la cumplieron conjuntamente el Ministerio de Salud y las sociedades de beneficencia pública que tenían a su cargo una red de hospitales en Lima y en interior del país.

En 1916, cuando se celebró en Buenos Aires, el primero de una serie de congresos panamericanos. Estos eventos ofrecieron la oportunidad para que los pediatras y otros expertos intercambiaran información en torno a los problemas médicos y sociales que afectaban a la niñez y al papel del sector público en su resolución. Además de las reuniones inter-nacionales, se celebraron conferencias nacionales sobre la salud del niño y algunos países dedicaron un día o una semana especial a llamar la atención sobre la salud de los infantes y las madres. Las décadas de 1920 y 1930, fueron de creciente acción social en América Latina, a medida que los países adoptaban leyes que protegían a los niños y a las embarazadas, muchas localidades instituían disposiciones para la atención prenatal y de parto de las madres indigentes en los hospitales de maternidad. Todos estos hechos fueron descritos en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, que periódicamente dedicaba una de sus secciones a informar los problemas de salud, los índices de mortalidad, los adelantos médicos y jurídicos relacionados con ese sector de la población.

Las resoluciones adoptadas por las conferencias sanitarias panamericanas, a partir de 1920, reflejaron el interés en la salud materno-infantil y recomendaron prestar atención a temas tales como la higiene escolar, la intensificación de las campañas destinadas a evitar la mortalidad infantil y el adiestramiento adecuado de las parteras. La primera exposición amplia de principios en este aspecto por los cuerpos directivos de la OPS, tuvo lugar en 1948 con ocasión de la aprobación de la Declaración de Caracas, que emanó del Congreso Panamericano del Niño, copatrocinado por la OPS. La Declaración afirmó el derecho de los niños y las madres a la mejor atención de salud posible. La I I Reunión del Consejo Directivo aprobó con entusiasmo la Declaración, advirtiendo que las actividades concentradas en los niños han de estar estrechamente integradas con los programas nacionales de salud pública, puesto que la salud de toda la unidad familiar está íntimamente vinculada.

En 1948 se fundó la Organización Mundial de la Salud y la Primera Asamblea Mundial de la Salud afirmó que la salud materno-infantil figuraba entre las prioridades de la nueva organización. Otro Organismo internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), había sido creado dos años antes con el mandato explícito de trabajar por el bienestar del niño, e inmediatamente se reconoció la necesidad de coordinar las actividades de estos organismos. Hacia tal fin, en abril de 1949 el director de la Oficina Sanitaria Panamericana se reunió con representantes de la OMS y del UNICEF en Ginebra, y en octubre de ese año, en Nueva York, se llegó a un acuerdo sobre la asignación de fondos del UNICEF a proyectos conjuntos en América Latina.

En 1950 la OPS anunció el comienzo de una campaña continental de salud materno-infantil y envió a su asesor regional en la materia en una larga misión de indagación por toda América Latina, a fin de adaptar el programa técnico emergente a las necesidades de los países. Para 1954, la OPS y la OMS estaban patrocinando programas de salud materno-infantil en Brasil, Chile, El Salvador, México, Paraguay y Perú, y programas de inmunización contra la difteria, la tos ferina y la tuberculosis en otros doce países, todo ello con la colaboración del UNICEF.

La UNICEF se creó en 1946 como una entidad integrada a la Agencia Internacional de Reconstrucción y Auxilio (UNRRA) para subvenir las necesidades de los niños en la posguerra. En 1953 se convirtió en un organismo administrativo autónomo de la ONU bajo su denominación actual de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

El 20 de noviembre de 1959 en la ciudad de Nueva York se firmó la Declaración de Derechos del Niño

Entre los “aspectos específicos”, se tienen: Transformación de los sistemas de salud a través de la estrategia de la APS y del compromiso político para mejorar la salud y la calidad de vida de la población. Constitución y fortalecimiento de sistemas regionales y locales de salud, como base para el diseño y desarrollo del sistema de salud en todos los niveles de atención.

Necesidad de la participación social y comunitaria en el tratamiento de los problemas de salud. Promoción y desarrollo programas integrados de salud materna infantil en un modelo de servicios adecuado a la realidad. Ampliación de los ámbitos permanentes de atención materno-infantil hacia las redes familiares y sociales del sistema no formal comunitario.

La salud pública cubana ha priorizado a los grupos poblacionales de riesgo, en particular a la mujer y los niños. En la década del 50 la situación de la madre embarazada en Cuba estaba matizada por los elevados índices de mortalidad, la escases de tratamiento especializado y de centros de asistencia.

Una de las primeras tareas educativas que asumieron los médicos rurales en los inicios de la década del 60', fue ofrecer su colaboración a las parteras empíricas llamadas recogedoras, que eran las que

brindaban cuidados a las parturientas en las zonas rurales del país. Estas "ayudantas" :nombre que recibirían en algunos lugares del oriente, también asumían otras tareas de la casa en los momentos alrededor del parto. Estas parteras fueron instruidas y se les facilitaron medios para mejorar su labor, como guantes y curas umbilicales estéril.

Finalmente según sus capacidades fueron incorporadas como trabajadoras de las unidades rurales de servicios que se creaban. Así se erradicó la práctica empírica en la atención del parto en Cuba.

En 1962, se constituye una unidad de atención primaria especializada en el tratamiento de embarazadas en ciudades o pueblos: el hogar materno. Se considera una fortaleza para el programa materno-infantil, dado que es la institución que acoge a la embarazada que presente dificultades durante la gestación y le da tratamiento personalizado, previendo complicaciones que pongan en peligro la vida del bebé y la madre. Hoy es común encontrar estos centros en cada comunidad del país.

La situación de la infancia es un reflejo de las acciones del gobierno de Cuba, donde los médicos cubanos ayudan a resolver los problemas de mortalidad infantil en América Latina]] 1959 prioriza muy claramente esos derechos, a pesar de los pocos recursos económicos.

Muy alejada del fenómeno actual de la exclusión de la infancia, común en casi todos los países del orbe, donde en algunos la mortalidad infantil se eleva a 200 por mil nacidos vivos e impera la malnutrición y el hambre, la pobreza y la marginación, Cuba se erige por derecho y acciones propias como ejemplo por su sistema nacional de salud y en la preservación de la madre y el niño

Los resultados alcanzados por la salud pública cubana en 50 años de Revolución no son por obra y gracia divina, sino descansan en varios factores, entre ellos la firme voluntad política del Gobierno revolucionario; el acceso y gratuidad en la atención de salud; la formación creciente de recursos humanos y el desarrollo de los avances científico-técnicos, lo que ha demostrado su eficacia para prevenir y controlar enfermedades y la mortalidad infantil, así como promover la movilización social en tareas de prevención sanitaria.

Para lograr bajos niveles de morbimortalidad materno-infantil y por ende bajas tasas de mortalidad infantil y materna, es imprescindible que exista una plataforma sociocultural que le sirva de sustento, en la que las responsabilidades individuales, familiar, comunitaria y social juegan un papel preponderante.

El país alcanzó al cierre del 2017 la tasa de mortalidad infantil más baja de su historia, con 4,0 por cada mil nacidos vivos.

Obtienen las tasas más bajas de mortalidad infantil las provincias: Sancti Spíritus (2,0), Pinar del Río (2,1), Camagüey (3,0), Holguín (3,3), Artemisa (3,7), Ciego de Ávila (3,8).

Diez territorios muestran las tasas elevadas: Matanzas (5,7), Mayabeque (5,3), Guantánamo (4,7), Isla de la Juventud (4,7) Granma (4,7), Villa Clara (4,6), Cienfuegos (4,4), La Habana (4,4), Las Tunas (4,2), y Santiago de Cuba (4,0). Se reduce la mortalidad neonatal (menores de 28 días de vida) de 2,4 a 2,1 por cada mil nacidos vivos.

Por cada defunción infantil sobreviven 231,6 niños menores de un año. Reducción de la tasa de mortalidad por Afecciones perinatales de 1,5 a 1,3, y dentro de ellas las causas relacionadas con la prematuridad: Enfermedad de Membrana Hialina, la hemorragia interventricular y la hemorragia pulmonar. La tasa de mortalidad infantil por malformaciones congénitas se mantuvo en 0,8 por mil nacidos vivos, al igual que en el 2016. Se reduce la tasa de mortalidad del menor de cinco años de 5,5 a 5,4 por cada mil nacidos vivos, lo cual representa 18 fallecimientos menos.

Por cada defunción sobreviven 180,8 niños a los cinco años.

La tasa de mortalidad escolar se reduce de 2,2 a 1,7 por 10 000 habitantes de la edad, acumulándose 62 defunciones menos.

Se reduce el índice de bajo peso al nacer de 5,2 a 5,1 por cada 100 nacimientos.

La mortalidad perinatal disminuye de 8,2 a 8,0 por cada mil nacidos vivos más defunciones fetales de 1 000 gramos o más.

Disminuye la tasa de mortalidad materna total de 41,9 a 38,3 por 100 000 nacimientos, lo cual representa cinco muertes menos que en el año anterior.

Se reduce la mortalidad materna directa de 27,4 a 21,7 por cada 100 000 nacimientos.

Disminución a menos del 1 % de la muerte perinatal y por malformaciones congénitas en el hijo de madre diabética.

Eliminación de la muerte materna por diabetes en nuestra población.

Se reduce el índice de Cesárea primitiva de 22,3 a 18,3 %.

A cada mujer durante el embarazo, se le realizan exámenes de diagnóstico para evitar que sus hijos padezcan enfermedades graves o malformaciones congénitas, con lo que se logra que disfruten de buena salud. A cada niño que nace no solo le vacuna contra las 13 enfermedades erradicadas en el archipiélago, se le aplican además pruebas para detectar otras seis enfermedades, un derecho al que solo tienen acceso algunas personas muy ricas en los países más desarrollados del planeta.

Exhibir estos indicadores representa, ante todo, el esfuerzo, sacrificio, entrega y compromiso de miles de profesionales que laboran en los servicios de atención materno infantil del país. Nos habla

de la unidad constante de los cuadros en el sistema de salud y de un trabajo sistemático entre cada una de sus áreas. Es la expresión de la intersectorialidad en función del derecho a la vida. Un regalo de felicidad de los trabajadores de la salud pública a las familias cubanas y a la dirección histórica de la Revolución.

Mayabeque ha mantenido una tasa de mortalidad infantil elevada en los últimos años. Se observa tendencia al incremento porque en los últimos 8 años la tasa se encuentra por encima de la línea de tendencia es por ello que se propone una intervención para mejorar estos resultados.

Objetivo general:

1. Lograr disminuir la tasa de mortalidad infantil de la provincia de Mayabeque.

Diseño metodológico:

Se realizó una tormenta de ideas y se aplicó el método de ranqueo, identificándose como problema fundamental la elevada tasa de mortalidad infantil de Mayabeque por lo que decidimos aplicar la matriz DAFO.

Debilidades

- D1-Deficiencias en la calidad de la Atención prenatal
- D2-inadecuada identificación del riesgo Obstétrico.
- D3-Incumplimientos del protocolo de prematuridad e Hipertensión Arterial.
- D4-No jerarquización por los especialistas del G B T de las gestantes de mayor riesgo.
- D5-Deficiencias en la calidad del ingreso en Los hogares maternos.
- D6-Bajo índice ocupacional de los hogares maternos.
- D7- Deficiencias en la calidad de la Atención en el servicio de neonatología.

Fortalezas

- F1: Se cuenta con la participación de las organizaciones Políticas y de masa de la comunidad en acciones de salud Planificadas.
- F2: Se cuenta con los protocolos actualizados para brindar una Atención prenatal de calidad.
- F3- Se cuenta con los protocolos actualizados para brindar una Atención pediátrica de calidad.
- F3: Contamos con un Centro Provincial de genética de alta calidad.

Amenazas

A1-No contamos con Jefe de Servicio de obstetricia.

A2- No contamos con Jefe de Servicio de neonatología.

A3- Existen gran número de gestantes con alto riesgo obstétrico con deficiente seguimiento en APS.

A4- Existen deficiencias en el seguimiento de los lactantes de alto riesgo.

A5- Tenemos incompletos los GBT por falta de especialistas de obstetricia.

A6- No contamos con una terapia intensiva pediátrica.

Oportunidades

O1-Tenemos identificado recurso humano para certificar en obstetricia.

O2-Todos los médicos cuentan con los protocolos de obstetricia actualizados.

O3- Todos los médicos cuentan con los protocolos de pediatría actualizados.

O4-El servicio de neonatología cuenta con los protocolos actualizados.

PLAN DE ACCIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL OBJETIVO DE REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE MAYABEQUE

Objetivo: Deficiencias en la calidad de la Atención prenatal

Acción	Ejecuta	Controla
1.Supervisión permanente a los consultorios por el EBS y los directivos JGBT, directores de policlínico y municipio	Director Municipal Director de Policlínico Jefe grupo básico de trabajo	Director Provincial Jefe de atención medica Sección PAMI y APS
2. Revisar la evaluación de las gestantes de riesgo por los protocolos actualizados.	Director Municipal Director de Policlínico Jefe grupo básico de trabajo	Director Provincial Jefe de atención medica Sección PAMI y APS
3.Supervizar que todas las gestantes de alto riesgo sean seguidas por el obstetra del GBS.	Director Municipal Director de Policlínico Jefe grupo básico de trabajo	Director Provincial Jefe de atención medica Sección PAMI y APS
4.Mejorar el indicador de ingreso en el Hogar Materno de las pacientes de riesgo.	Jefe grupo básico de trabajo Obstetra del GBT EBS	Director Municipal / Director de Policlínico
5. Supervisar que todas las gestantes sean seguidas	Jefe grupo básico de trabajo Obstetra del GBT	Director Municipal / Director de Policlínico

cumpliendo las Guías de actuación para las principales afecciones en los hogares maternos.	MGI Certificado	
6. Completamiento de los GBT con especialistas en obstetricia.	Director Municipal Director de Policlínico	Director Provincial Jefe de atención medica Sección PAMI y APS
7. Seleccionar el jefe del servicio de obstetricia del Hospital Piti Fajardo	Director del Hospital	Director Provincial Director Municipal

Objetivo 2. Deficiencias en la calidad de la Atención neonatológica

1. Seleccionar el jefe del servicio de neonatología del Hospital Piti Fajardo	Director del Hospital	Director Provincial Jefe de atención medica
2. Supervisar que todas los recién nacidos sean seguidas cumpliendo las Guías de actuación para las principales afecciones.	Director del Hospital	Director Provincial Jefe de atención medica Sección PAMI y APS
3. Mantener la superación permanente del personal médico y de enfermería del servicio.	Director del Hospital Jefa de enfermera del Hospital	Director Provincial Jefe de atención medica Sección PAMI y APS

Objetivo 3. . Deficiencias en la calidad de la Atención Pediátrica

1. Supervisar el cumplimiento de Guías de actuación para las principales afecciones en los servicios de pediatría de los Hospitales de la provincia y puntos de urgencias.	Director del Hospital Director Municipal Jefe de servicio de Pediatría. Pediatras del GBT	Director Provincial Jefe de atención medica Sección PAMI y APS
2. Terminar la construcción de la	Director del Hospital	Director Provincial

terapia intensiva pediátrica de la provincia		Jefe de atención medica
3. . Mantener la superación permanente del personal médico y de enfermería del servicio.	Director del Hospital Jefa de enfermera del Hospital	Director Provincial Jefe de atención medica

Referencias Bibliográficas

1.De la Cruz Saugar, G. y Sarría Santamera, A.: Evaluación de intervenciones para la reducción de la mortalidad infantil y materna en países en desarrollo. [Internet]. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS); Septiembre 2008.Disponible en: <http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/29_AETS_55.pdf>.

pdf>.

2..Commission économique pour l’Afrique, Union africaine: Groupe de la Banque africaine de développement et Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport OMD 2014: Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. [Internet]. Addis-Abeba, Octubre 2014.Disponible en: <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Rapport_OMD_2014_11_2014.pdf>.

pdf>.

3.Curry, L. A., Byam, P., Linnander, E., Andersson, K. M., Abebe, Y. et al. (2013): Evaluation of the Ethiopian Millennium Rural Initiative: Impact on Mortality and Cost-Effectiveness. PLoS ONE 8(11): e79847. Doi: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=info:doi/10.1371/journal.pone.0079847>>.

4.Grais, R. F., Conlan, A. J. K., Ferrari, M. J., Djibo, A. et al.: Time is of the essence: exploring a measles outbreak reponse vaccination in Niamey, Niger. J. R. Soc. Interface(2008) 5, 67-74.

5.Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. [Internet]. Nueva York, 2006. Disponible en: <http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_95s.pdf>.

6.Organización de las Naciones Unidas:Informe de 2014 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet]. Nueva York, 2014. Disponible en: <<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>>.

7.Organización de las Naciones Unidas [Internet]. 2010: La Asamblea del Milenio de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/index.htm> organización Mundial de la

Salud: Estadísticas sanitarias mundiales 2013.[Internet]. 2013. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf>.

8.UNFPA, WHO, UNICEF: The World Bank and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. [Internet]. Mayo 2014. Disponible en: <http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/MMR2013_117.pdf>.