

Ecuador infantil

¿Dónde estamos, a dónde debemos ir?



Dr. José Miguel Rivadeneira Sión
Docente UTM

PEDIATRA NEONATAL
jrivadeneira@utm.edu.ec

Embarcándonos en las estadísticas de la geosalud de la infancia en el mundo, recurrimos al tiquete de los organismos especializados como UNICEF* y los elementos a abordar son la **tasa de mortalidad en los menores de 5 años (TMM5), tasa de mortalidad infantil (< 1 año) y la tasa de mortalidad neonatal**. Como inicio Ecuador exhibe para el año 2009 tasas de 24-20-11 x 1000 nacidos vivos (nv) respectivamente (tabla N° 1) y para ese mismo año Argentina 14-13-8, Chile 9-7-5, Estados Unidos 8-7-4. Siendo la situación más crítica en Chad 209-124-45 x

1000 nv. Mientras que lo mejor, entre otros pocos afortunados lo ocupa Japón 3-2-1 x 1000 nv.

En el caso de Ecuador, en esta historia de la salud infantil, hace 21 años (1990) presentaba una TMM5 de 53 x 1000 nv y 41 x 1000 nv (<1 año).

Es importante anotar que las tasas de mortalidad neonatal fueron producidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que las demás tasas de mortalidad fueron estimadas por el Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad



TABLA N° 1

Países y territorios	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2009	Población total (miles) 2009	Nacimientos anuales (miles) 2009	Muertes anuales (< 5 años) (miles) 2009	INB per cápita (dólares) 2009	Esperanza de vida al nacer (años) 2009	Tasa total de alfabetización de adultos (%) 2005-2008*	Tasa neta de matriculación asistencia enseñanza primaria (%) 2005-2009*	Distribución familiar del ingreso (%) 2000-2009*	
		1990	2009	1990	2009									40 % más bajos	20 % más altos
Argentina	125	28	14	25	13	8	40276	691	10	7600	76	98	99	12	53
Chad	1	201	209	120	124	45	11206	508	100	620	49	33	36x	17	47
Chile	147	22	9	18	7	5	16970	252	2	9460	79	99	94	12	57
Estados Unidos	149	11	8	9	7	4	314659	4413	35	47240	79	-	92	16	46
Ecuador	93	53	24	41	20	11	13625	279	7	3940	75	84	97	11	59
Japón	184	6	3	5	2	1	127156	1014	3	37870	83	-	100	25x	36x

* UNICEF. Estado Mundial de la infancia. http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

**Anuario de Estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2009

***Anuario de Estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones-INEC 2008

Infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas). De igual forma se debe considerar que, como bien anota el Estado Mundial de la Infancia 2011, estas estimaciones son actualizadas cada año, incluyendo los datos nuevos disponibles; esto resulta en ajustes de las estimaciones antes publicadas con lo que los datos presentados en anteriores ediciones del Estado Mundial de la Infancia podrían no ser comparables entre ellos.

Estos datos publicados en el Estado Mundial de la Infancia 2011, al basarse en estimaciones con una metodología específica, no son comparables con las tasas encontradas por los organismos estatales del Ecuador debido a que estas últimas se basan en los registros de nacimientos y defunciones.

En su informe del Estado Mundial de la Infancia se menciona: "La recopilación de datos sobre salud ha avanzado inmensamente en las últimas décadas, gracias a la revolución en materia de supervivencia infantil de los años 1980, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, la Convención sobre los Derechos del Niño y los esfuerzos para conquistar los ODM (objetivos del milenio). Por consiguiente, los sistemas nacionales e internacionales de información sobre salud infantil se centran prioritariamente en los primeros años de vida y, particularmente, en indicadores como la mortalidad neonatal, la vacunación infantil y la prevalencia de la insuficiencia ponderal –o peso inferior al normal– entre los niños menores de 5 años".

A diferencia de lo anterior, sorprende no poder disponer directamente del Ministerio de Salud Pública (<http://www.msp.gob.ec/files/la.htm>) información al día sobre la morbimortalidad infantil en el país. Y el análisis se traspasaría del Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Entonces veremos



GRÁFICO N° 1

ECUADOR: TASA BRUTA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NV. AÑOS 1984, 1986, 1991, 1996, 2001, 2006, 2009.

el comportamiento del indicador de mortalidad infantil desde 1984 hasta el 2009 (gráfico N° 1) en el que observamos que en este transcurso se ha reducido del 40,3 x1000 nv** (1986, hace 35 años) al 15,2 x1000 nv.

Los vientos nos llevan ahora a Estados Unidos (Gráfico N° 2) en donde podemos comparar que la mortalidad infantil que el país del norte tenía por alrededores de la década de los 40, el Ecuador la tenía por la décadas de los 80 (40 años después), en tanto que la mortalidad para los 2009 de Ecuador, la tenía Estados Unidos para el año 1985 (24 años antes). Y la mortalidad

infantil que tienen los Ecuatorianos para el año 2009 es de 15,2 (INEC) o 20 (Estado Mundial de la Infancia) mientras que los norteamericanos para el mismo año la tienen en 7 x 1000 nv (ver tabla N° 1)

Y Chile que nos reporta? (gráfico N° 3) En el lapso de 10 años (1990 al 2000) reduce la mortalidad infantil del 17 x 1000 nv al 9 X 1000 nv y la mortalidad neonatal del 8 x 1000 nv al 6 x 1000 nv en tanto que para el 2009 la tenía en 7 y 5 x 1000 nv respectivamente. Vuelva a comparar el amable lector con las tasas citadas anteriormente para Ecuador para el mismo año 2009.

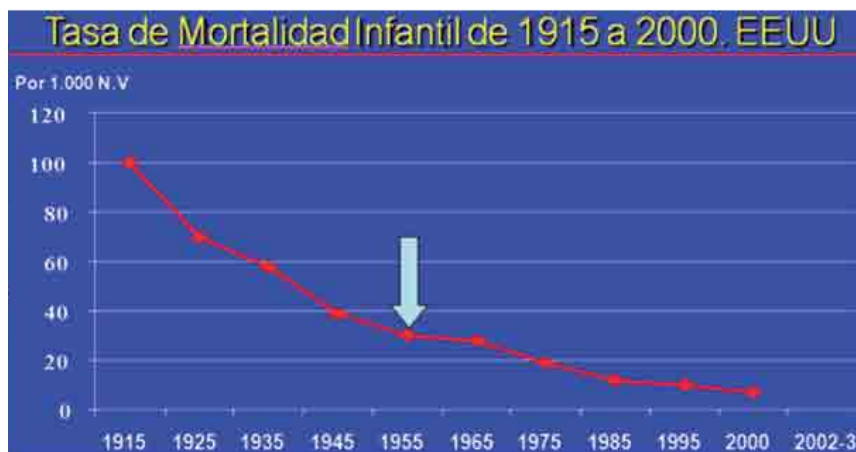


GRÁFICO N° 2

GRÁFICO N° 3

Mortalidad Infantil y Neonatal en Chile: 1990-2000

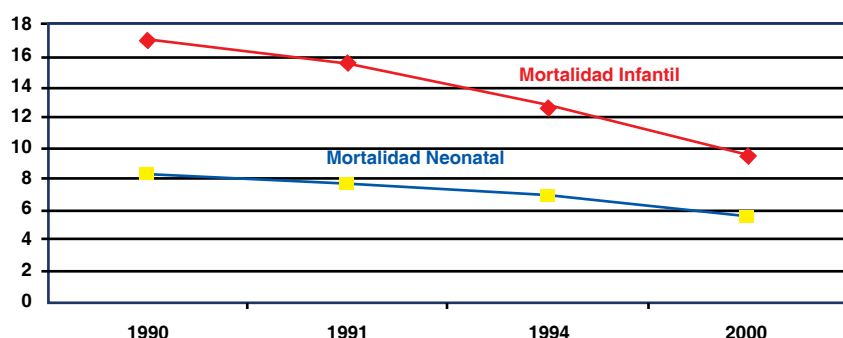


TABLA N° 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL. ECUADOR 2009
(Lista Internacional Detallada CIE-10)

N°	COD CIE-10	CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	SEXO		TOTAL	TASA x 1000	%
			HOMBRES	MUJERES			
		TOTAL DE DEFUNCIONES MENORES DE 1 AÑO	1.792	1.487	3.279	15,2	100,0
1	P07	TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACIÓN CORTA DE GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	319	253	572	2,6	17,4
2	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	155	110	265	1,2	8,1
3	P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	116	102	218	1,0	6,6
4	Q24	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL CORAZÓN	84	72	156	0,7	4,8
5	Q89	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS, NO CLASIFICABLES EN OTRA PARTE	54	63	117	0,5	3,6
6	P23	NEUMONÍA CONGÉNITA	52	40	92	0,4	2,8
7	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO	51	32	83	0,4	2,5
8	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	43	38	81	0,4	2,5
9	P20	HIPOXIA INTRAUTERINA	44	32	76	0,4	2,3
10	P24	SÍNDROMES DE ASPIRACIÓN NEONATAL	42	33	75	0,3	2,3
11	P21	ASFIXIA DEL NACIMIENTO	33	21	54	0,3	1,6
12	J20	BRONQUITIS AGUDA	29	17	46	0,2	1,4
13	Q79	MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	18	27	45	0,2	1,4
14	Q03	HIDROCÉFALO CONGÉNITO	14	26	40	0,2	1,2
15	P29	TRASTORNOS CARDIOVASCULARES ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL	22	25	37	0,2	1,1
	R00-R99	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	147	122	269	0,2	8,2
		LAS DEMÁS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	569	484	1.053	4,9	32,1
		TOTAL DE NACIDOS VIVOS ^{2/}	215.906				

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2009

1/Tasa por 1000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2009

2/El dato se refiere a los nacimientos ocurridos y registrados en año 2009

Cómo han logrado EE UU y Chile reducir la mortalidad infantil y neonatal? lo citaré posteriormente.

El ritmo sostenido de la mortalidad de la niñez se redujo desde 1999 y el ODNA (Observatorio de los derechos de la Niñez) lo alertó en el 2006 debido al incremento de la mortalidad neonatal lo cual ocupa 2/3 de la mortalidad infantil. Esto se demuestra haciendo un análisis de las principales causas de la mortalidad y morbilidad infantil del Ecuador, de los años 2005 al 2009** se concluye que 8 de las 10 causas tanto de mortalidad como morbilidad involucran a neonatos o son en la etapa neonatal. (Tabla N° 2) todos ellos relacionados con trastornos relacionado con el embarazo, crecimiento fetal y prematuridad, la infección generalizada (sepsis), malformaciones congénitas, dificultad respiratoria, hipoxia, aspiración meconial, asfixia.



En mayo 2006 dio a luz el primer detonante con el reporte de fallecimiento de los neonatos en Chone en donde la hecología y superficialidad demandaba mutilaciones de "culpables" como siempre los y las que están en el campo de batalla. La historia y las noticias de la salud infantil continuó en Quito para junio de 2007, otra vez, fallecimiento de neonatos, en el hospital Enrique Garcés. Hasta tanto esta posición problemática trajo como respuesta la puesta en marcha a mediados del año 2007 la Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en Evidencias

para la Reducción de la Mortalidad Neonatal. Durante este tiempo Ha habido intervenciones en Manta, Loja, Santo Domingo, Guayaquil. En Guayaquil, resultó significativo el apareamiento de problemas en neonatos, nada más y nada menos que el hospital ícono de la salud infantil en Ecuador como es el hospital del Niño Icaza Bustamante lo cual desnuda que más que jugar a pasar la culpa el verdadero problema es de la salud pública infantil y está tiene matriz y matiz estructural y la pregunta no es a quién (hay que detener, llevar a prisión) sino el porqué (están así las cosas) y el para qué (para mejorar, llevar en recuperación). Es de comentar que en el ámbito de la salud pública un punto sensible es precisamente el de los neonatos y que por su propia naturaleza se muestra con gran fragilidad. Obvio que un punto sensible (caldo de cultivo para el exhibicionismo) en donde buscar debilidades en salud, es entre los infantes, y así ha ocurrido.

La mortalidad en neonatos es una problemática mundial y las organizaciones especializadas como OMS y los estados implícitos en la problemática hacen esfuerzos para reducir la morbimortalidad. **Por tanto problemática de la muerte neonatal afecta no solo al Ecuador sino al mundo entero.** Los países miembros de la OMS, han venido desarrollando numerosas acciones y programas para disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal y alcanzar las metas propuestas para los Objetivos del Milenio (ODM) y que además han impulsado el **Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal**, y mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes locales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como el conocimiento de los riesgos y



Cuidados Intensivos neonatales del Hospital Verdi Cevallos Balda

buenas prácticas familiares y comunitarias que contribuyan a reducir las muertes maternas y neonatales evitables.

“La mortalidad en neonatos es una problemática mundial y las organizaciones especializadas como la OMS hacen esfuerzos para reducir la morbimortalidad”

Mientras tanto quienes laboramos desde la trincheras contra la muerte sabemos que desde hace décadas no había habido un estado y un MSP que aumentara tanto sus inversiones, la disponibilidad de recursos humanos, la infraestructura, el equipamiento, el transporte, la capacitación, la aplicación de normas con el fin de reducir la mortalidad infantil y neonatal como en los últimos 3 a 4 años. Sin embargo los mismos atrincherados

de la buena salud sabemos que una vez que se abre la costra de la herida aparece más en las profundidades y difícilmente e irracional es creer que en la agenda va a haber mejoría tan rápidamente de algo que hace 20, 30, 40 o 50 años ha funcionado como una historia de la salud ecuatoriana de rusticidad, desdén, indiferencia, miradas a otro lado desde todos los niveles.

Mortalidad Infantil y Neonatal provincia de Manabí.

Del análisis 2004 al 2008 de la mortalidad infantil*** según regiones, y de la provincia de Manabí (Tabla N° 3) se ha disminuido del 10,4 x 1000 nv (2004) con pequeños altibajos al 6,6 x 1000 nv. (2008). Comparada con el resto de provincias, Manabí aparecería entre la de más baja tasa de mortalidad infantil, siendo la segunda con más baja tasa de mortalidad infantil en la región costa y la tercera con menor mortalidad infantil entre las regiones sierra, costa y región amazónica.

Quizá se encuentre explicación en el hecho de que Manabí no cuenta con un auténtico servicio de Pediatría con infraestructura, equipamiento, ni equipo humano completo ni completamente capacitado y especializado, peor aún se contaba ni se cuenta con, asimismo, un genuino servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Ni mucho menos un hospital infantil. Entonces la mayoría de los niños graves y en estado crítico eran trasladados a otras provincias, especialmente Guayas, y finalmente se recuperaban o morían allá.



SALA DE NEONATOLOGÍA: Área de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

TABLA N° 3

POBLACIÓN TOTAL Y TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA, SEGÚN REGIONES Y PROVINCIAS DE RESIDENCIA HABITUAL AÑO 2007

REGIONES Y PROVINCIAS	POBLACIÓN A VI	NATALIDAD		MORTALIDAD INFANTIL		MORTALIDAD MATERNA	
		NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 3/	NÚMERO	TASA 4/
TOTAL REPÚBLICA	13.605.485	283.984	20,9	3.529	12,4	176	62,0
REGIÓN SIERRA	6.111.542	126.231	20,7	1.691	13,4	93	73,7
Azuay	678.746	13.231	19,5	115	8,7	7	52,9
Bolívar	180.293	4.331	24,0	55	12,7	1	23,1
Cañar	226.021	4.116	18,2	47	11,4	4	97,2
Carchi	166.116	3.010	18,1	54	17,9	-	-
Cotopaxi	400.411	9.092	22,7	121	13,3	11	121,0
Chimborazo	443.522	10.127	22,8	195	19,3	15	148,1
Imbabura	397.704	8.769	22,0	69	7,9	7	79,8
Loja	434.020	9.356	21,6	97	10,4	9	96,2
Pichincha	2.683.272	54.729	20,4	815	14,9	33	60,3
Tungurahua	501.437	9.470	18,9	123	13,0	6	63,4
REGIÓN COSTA	6.720.798	139.814	20,8	1.694	12,1	66	47,2
El Oro	608.032	11.372	18,7	73	6,4	1	8,8
Esmeraldas **	438.576	10.478	23,9	78	7,4	10	95,4
Guayas **	3.617.504	74.979	20,7	1.111	14,8	31	41,3
Los Ríos	742.241	14.504	19,5	208	14,3	8	55,2
Manabí	1.314.445	28.481	21,7	224	7,9	16	56,2
REGIÓN AMAZÓNICA	662.948	16.997	25,6	132	7,8	15	88,3
Morona	131.337	3.261	24,8	25	7,7	3	92,0
Santiago	96.029	2.842	29,6	23	8,1	3	-
Napo	75.782	1.849	24,4	23	12,4	-	105,6
Pastaza	85.571	2.138	25,0	15	7,0	4	187,1
Zamora	163.447	3.735	22,9	16	4,3	3	80,3
Chinchi	110.782	3.172	28,6	30	9,5	2	63,1
Sucumbios							
Orellana							
REGIÓN INSULAR	22.678	410	18,1	4	9,8	-	-
Galápagos	22.678	410	18,1	-	-	-	-
EXTERIOR		23	-	-	-	-	-
ZONAS DELIMITADAS	87.519	509	5,8	8	15,7	2	392,9
**							



PREMATURO DE PESO EXTREMADAMENTE BAJO
Observe las proporciones comparativas entre el pulgar del examinador y la mano del neonato

“Comparada con el resto de provincias, Manabí aparecería entre las de más baja tasa de mortalidad infantil”



1/ECUADOR Proyecciones de Población por Provincias, Cantones, Áreas, Sexo y Grupos de Edad. Período 2001 – 2010 INEC – CEPAL.
2/Tasa por cada 1.000 habitantes.

3/Tasa por cada 1.000 nacidos vivos.

4/Tasa por cada 100.000 nacidos vivos.

**Las inscripciones tardías, cuyos nacimientos fueron ocurridos en el año 2007, de las Provincias: Sto Domingo de los Tsáchilas, Santa Elena y una parte de Zonas no delimitadas están incorporados en las Provincias de origen.

NOTA: Las Tasas de Natalidad, Mortalidad Infantil y Materna, están calculadas de acuerdo al número de nacimientos ocurridos en el año 2007 e inscritos en el año 2008.

Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones – INEC 2008

CONCLUSIONES

Los avances para mejorar la salud en Ecuador, dieron a luz el primer decreto para organizar en 1988 el plan nacional de salud (www.conasa.gob.ec) y para el año 2002 y el 2006 la Ley Orgánica del Sistema Nacional de salud y la Ley Orgánica de Salud respectivamente, y que en resumen se interpreta que un nuevo modelo de salud comunitaria surge bajo la modalidad de un sistema en que el gran regulador es el Ministerio de Salud y que va de lo local, a lo regional, y a lo nacional; sistema escalonado y que va de lo más simple a lo complejo, de los niveles I, II y III, concatenado con un adecuado sistema de comunicación y transporte. Y los ejecutores asignados son las Prefecturas y los Municipios.

En pragmática esencia se proponen dos modelos interactuantes, el modelo preventivo y el modelo curativo.


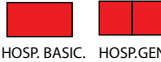


















Para el modelo preventivo la respuesta a ejecutar se llama APS (Atención Primaria de Salud).

Para el modelo curativo se da según los niveles.

- **Primer Nivel:** servicios de atención ambulatoria.
- **Segundo nivel:** servicios de atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel.
- **Tercer nivel:** servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

Estructuralmente los servicios de salud se homologan así: ver gráfico 4

GRÁFICO N° 4

SERVICIOS INSTITUCIÓN	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
MINISTERIO DE SALUD	 P.S. S.C.S. C.S.	 HOSP. BASIC. HOSP.GEN.	 HOSP. ESP. HOSP. ESPC.
SEGURIDAD SOCIAL	 D.S.S.C. Un.At.A C.At.A	 HOSP. NIV. I HOSP. NIV. II	 HOSP. TERCER NIV.
FUERZAS ARMADAS	 DISPENSARIO POLICLINICO	 CLINICA HOSP. BRIGADA	 HOSP. GENERAL
POLICIA	 S.C.S. C.S.	 HOSP. PROV.	 HOSP. NAC.
MUNICIPIO	 DISPENSARIO C.S.	 HOSP. PATRONATO	
ORGANISMOS NO GUBERNAMENT.	 DISPENSARIO COMITE	 HOSP. LOCAL	 HOSP. ESP. HOSP. ESPC.
SERVICIOS PRIVADOS	 CONSULTORIO C. MEDICO	 CLINICA-POLICLIN	 HOSPITAL CLIN. ESPC.

P.S.	Puesto de Salud	Un.AT.A.	Unidad de Atención Ambulatoria
S.C.S.	Subcentro de Salud	HOSP. ESP.	Hospital de Especialidades
C.S.	Centro de Salud	HOSP. ESPC.	Hospital Especializado
C.At. A.	Centro de Atención Ambulatoria		

Nota: 1.- En el MSP, Consejo Provincial y algunos municipios disponen de unidades móviles para la prestación de atención ambulatoria y son homologables a S.C.S.
2.- La Junta de Beneficencia y SOLCA se incluyen dentro de las organizaciones no gubernamentales

FUENTE: Componente Normativo Materno Neonatal. MSP. 2008.

Los servicios de Salud entonces se plantean de la siguiente manera:

Primer Nivel: Puesto de Salud, Subcentro de Salud, y Centro de Salud.

Segundo Nivel: Hospital Básico, Hospital General.

Tercer Nivel: Hospital de Especialidades y Hospital especializado (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Todos estos servicios o Unidades de Salud requieren "habilitación" o "licenciamiento", o sea llenar los requisitos en palabras y

hechos, conforme a su nivel. Si damos ejemplos el hospital de Calceta es un hospital Básico, el Hospital Verdi en Portoviejo en origen es un hospital general. El Hospital de SOLCA en Portoviejo es un hospital especializado (prevención y manejo del cáncer) al igual que el hospital de niños en Guayaquil.

1) Debe implementarse de hecho, y de hecho se está iniciando el modelo del sistema de Salud reencuadrado en el Plan Nacional de Salud en esta provincia y en el país (proceso largo que puede demorar 1 a 3 o a 4 décadas).

- 2) Es importante incluir en el modelo un concursante indispensable como lo es la ciudadanía o usuarios y entes y organizaciones de apoyo (Municipios, Consejos Provinciales) tanto en lo preventivo como en su corresponsabilidad.
- 3) Los hospitales exitosos lo consiguen gracias a buenas gerencias y administraciones.
- 4) El buen éxito en el compromiso de reducir la mortalidad neonatal y el número de mortinatos (nacidos muertos) pasa, sin lugar a dudas, e indispensablemente, por contar con excelentes servicios de obstetricia que cuenten con la apropiada infraestructura, equipamiento, unidades de alto riesgo, personal completamente calificado y con especialistas con título universitario de post grado. Por supuesto por fin efectuar el control y seguimiento de las “clínicas” privadas. Otro indicador importante a revisar es el número de mortinatos ocurridas en estas unidades hospitalarias.
- 5) La excelencia misma pasa por implementar un adecuado, efectivo, respetable y respetado organigrama funcional en donde se brinde las herramientas adecuadas acordes a su rango a los líderes (oficinas cómodas y funcionales, servicio de secretaria y contabilidad, equipos de computación e Internet, climatización) se respeten sus decisiones y se cuente con ellos. La tarea iniciará entonces enrumbando la dispersión de principio de autoridad que existe actualmente y que ahora se intenta corregir.
- 6) Se esperan días mejores cuando se planifique preparando recurso humano calificado y/o altamente especializado implementándolos en los vacíos existentes, en neonatología, en enfermería en neonatología, obstetricia, etc.

7) El progreso se acentuará devolviendo la fé a no pocos profesionales laborando en ansiedad y desalentados con el estado de cosas, laborando en ambientes estructuralmente desventajosos e insanos e irresolutos y que a fuerza de crónica cotidianeidad han sido el escenario perfecto para impacientar tanto al personal de salud como a los usuarios, pero que siempre se han obstinado, lo hacen y lo han hecho salvando vidas en circunstancias a veces adversas. Es necesaria la colaboración de usuarios y usuarias bajo la forma de efectuar los controles pre natales; y el control por parte de seguridad del ingreso de personas al hospital (vestimenta adecuada, aliento alcoholico, ebriedad, no armas de fuego, control de pérdidas y robos, revisión de bolsos etc).

“Los hospitales exitosos lo consiguen gracias a buenas gerencias y administraciones”

LA PREGUNTA FINAL

LA RESPUESTA: INICIAR - EVALUAR - DECIDIR - ACTUAR

Cómo han logrado EE UU y Chile reducir la mortalidad infantil y neonatal? lo citaré ahora:

Agua Potable, leche pasteurizada, disposición de excretas y basuras, mejoría en la educación, servicios de salud materno infantil, antimicrobianos, reposición de líquidos y electrolitos, transfusión segura, inmunizaciones, y entre las causa perinatales prevenir el bajo peso al nacer y prematuridad, cuidado intensivo del RN, regionalización de servicios perinatales, surfactante artificial, interrupción de malforma-

ciones (discutible social y éticamente) cirugía y manejo de malformados.

Pero también aumento en el ingreso per cápita, incremento en el nivel de educación de la madre, incrementar el presupuesto del sector salud, renovación de equipos en las Unidades de Cuidados Intensivos en todo el país, todas las unidades con pediatras neonatales, NRP a nivel nacional tal como lo ha hecho Chile.

Inevitablemente la obstetricia está ligada a la pediatría neonatal y una buena performance neonatal se logra con un buen servicio de obstetricia. Si no mejora la obstetricia no se reducirá como es de desear la morbilidad neonatal.

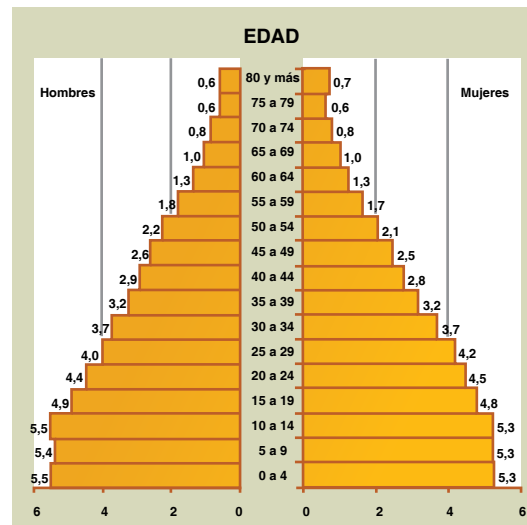
Imposible mejorar la salud pública sino se cuenta con la opinión, consejería, de los protagonistas y las organizaciones de salud y relacionadas (universidades, colegios de médicos, sociedades científicas verdaderamente y talentosamente estructuradas).

Si ponemos atención a la población de la provincia de Manabí podemos concluir que aproximadamente el 54,9 % de la población es materno infantil y sin embargo esta región no cuenta ni con un hospital gineco obstétrico y menos aún un hospital de niños.



Edad	Hombres	Mujeres
0 a 4	73.715	71.577
5 a 9	72.486	70.820
10 a 14	74.157	71.056
15 a 19	65.656	64.773
20 a 24	59.997	60.580
25 a 29	53.660	56.616
30 a 34	49.907	49.956
35 a 39	43.054	42.810
40 a 44	38.904	37.368
45 a 49	34.595	33.200
50 a 54	30.035	27.969
55 a 59	23.856	22.250
60 a 64	17.926	17.236
65 a 69	13.968	14.087
70 a 74	11.210	10.762
75 a 79	8.026	8.679
80 y más	7.748	9.791
Total	678.182	670.248

Pirámide de población (2009)



MANABÍ

- TOTAL POBLACIÓN GENERAL:

1. 348. 430

- 0-14 AÑOS:

433.811 34,6 %

- Mujeres en edad fértil MEF

(15-39): 274.753 20,3 %

- Materno infantil: 54,9 %

Tarde o temprano la evolución de la conciencia técnico científica, política y social, pondrá en claro que en el marco del Plan y Sistema Nacional de Salud, debe insertarse un hospital gineco obstétrico y de alto riesgo obstétrico nivel III, y un hospital pediátrico nivel III, independientemente del hospital de especialidades, en la provincia de Manabí. Aspiraciones justas para esta región del país y son parte de las potencialidades que requieren ser satisfechas por nativos y nativas y radicados en la provincia de Manabí como acceso una vida mejor.

Sin corresponsabilidad de los usuarios la meta será inalcanzable. No es menos importante la contribución de los Municipios y Consejos Provinciales (agua potable, alcantarillado). De allí que la medicina preventiva manejada eficiente dejará de acarrear grandes males y ahorrar millonadas y esto tiene un nombre: APS (Atención primaria

de Salud). Está comprobado que si se mejora el nivel de educación mejora la salud

“Tarde o temprano la evolución de la conciencia técnico científica, política y social, pondrá en claro que en el marco del Plan y Sistema Nacional de Salud, debe insertarse un hospital gineco obstétrico y de alto riesgo obstétrico de tercer nivel, y un hospital pediátrico de tercer nivel, independientemente del hospital de especialidades, en la provincia de Manabí”

Quiero compartir en extracto esta cita del pediatrics: “Pediatrics 2011; Vol 127(6):1139 1146 Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es un importante contribuyente a la mortalidad neonatal en todo el mundo... el uso generalizado de oxígeno y la presión positiva continua de aire se asocia con los períodos de tiempo que demostró la mayor disminución de la mortalidad específica por RDS. Nosotros sostenemos que estas dos intervenciones aplicadas ampliamente en entornos de bajos recursos, con una infraestructura adecuada de apoyo y atención del recién nacido en general, tendrán el mayor impacto en la disminución de la mortalidad neonatal. Esta perspectiva

histórica puede informar a los políticos para la priorización de los escasos recursos para mejorar las tasas de supervivencia para los recién nacidos en todo el mundo. Neonatal Mortality From Respiratory Distress Syndrome: Lessons for Low-Resource Countries. Pediatrics, 2011;Vol 127(6):1139 1146”

Reducir la mortalidad neonatal no debe ser la única meta pues de no asegurarle un adecuado desarrollo y crecimiento, armonía, familia, al futuro neonato, futuro lactante, futuro pre escolar, futuro escolar, futuro adolescente, futuro adulto (a), no se cumplirá la meta. Entonces un estado y su sociedad será reduccionista y arribista sino asegura que ese neonato no se transforme en un ser irracional, violento, fuera de la ética, moral y la ley y con todas sus consecuencias malignas en lo físico, lo ético y moral, y lo espiritual.

Parte importante de estas metas se están cumpliendo en Ecuador. Otras no. Otras en marcha. Un aspecto que conviene implementar es asegurar una adecuada regionalización del Sistema Nacional de Salud, escalonado, según las causas epidemiológicas médicas y no médicas, que va del primer nivel al tercer nivel, de lo simple a lo complejo, de lo local a lo regional, nacional e internacional, y cubierto de un apropiado sistema de comunicación y transporte. La clave para una adecuada resucitación neonatal está en evaluar, decidir, actuar; lo mismo se puede decir para mejorar el porvenir de los niños de Ecuador, pero en los términos de actuar acertadamente.

Dr. José Miguel Rivadeneira Sión, es docente de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Técnica de Manabí. Líder de la Sala de Neonatología del Hospital Verdi Cevallos Balda y Presidente de la Sociedad de Pediatría filial Manabí 2010-2012. Este artículo puede ser revisado en: www.sopedmanabi.blogspot.com