

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN LA PROVINCIA DE MATANZAS DURANTE EL TRIENIO 2009-2011

MSc. Aylin Barceló Estopiñán García¹, MSc. José M. Hernández Hernández², MSc. Nieves Eneida Garriga Alfonso³, MSc. Maricela Estopiñán García³, MSc. Carmen Dolores Morales Nenínger⁴

1. *Policlínico Docente “José Luis Dubrocq”, Contreras 60, Matanzas, Cuba*
2. *Dirección Provincial de Salud Matanzas. Santa Teresa 7905, Matanza, Cuba*
3. *Universidad de las Ciencias Médicas de Matanzas, Carretera Central Km. 101, Matanzas, Cuba*
4. *Policlínico Docente “Samuel Fernández” Calzada General Betancourt 26210, Matanzas, Cuba*

Resumen.

Se realiza una investigación en sistema y servicio de salud de tipo evaluación de programa en la provincia de Matanzas durante el trienio 2009-2011 determinar el cumplimiento del Programa de Atención Materno Infantil en la APS. El universo estuvo integrado por toda la población infantil de la provincia y la población femenina en edad fértil de 15 a 49 años embarazada, la totalidad de los médicos que laboran en la APS: especialistas y residentes de MGI, así como los médicos profesores integrantes de los Grupos Básicos de Trabajo que laboran en la APS de la Provincia de Matanzas. Se realizó una extensa y profunda revisión bibliográfica que permitió ahondar en las bases filosóficas y científicas de la atención materna e infantil en el primer nivel de salud, para realizar la evaluación fueron definidas tres dimensiones: estructura, proceso y resultados, con sus variables y a través del utilización de métodos teóricos y empíricos se recoge con la revisión documental de las informaciones estadísticas, resultados de exámenes de competencia aplicados a médicos de familia, pediatras y obstetras se obtiene la información necesaria. Se identifican elementos en las tres dimensiones resultando evaluadas de REGULAR las 3 dimensiones, pues en los dos últimos años no se cumplió el indicador propósito de mortalidad materna en el 2010 y de mortalidad infantil en el 2011. Se recomienda elabora una estrategia de gestión con participación intersectorial

Palabras claves: PAMI, atención primaria de salud, bajo peso al nacer

Introducción.

La salud es un valor social, que tiene relación con la calidad de la existencia humana. Es un valor concreto determinado por el modo de producción, el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado y la situación política existente, mientras salud-enfermedad es un proceso que resulta del equilibrio entre el hombre, diversos factores patógenos externos y el ambiente físico, biológico y social (R Domínguez B N, Aldereguía Henríquez J, 1990).

En la etapa revolucionaria después del 1959, y desde que surge el policlínico como unidad básica de la atención en el primer nivel de salud, el SNS organiza la atención a la población a través de programas, así en los primeros años de la década del 60 se establecen los programas de Inmunizaciones y de Lucha contra la Gastroenteritis, este último en 1963, posteriormente se adopta la definición de -nacido vivo- de la OMS (Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ley 1175 sobre la adopción de la definición de -nacido vivo- de la Organización Mundial de la Salud, en marzo de 1965), a finales de la década en 1969 se realiza la Primera Jornada de Normación de la Pediatría y la publicación de las Normas de Pediatría en el 1970, mientras a fines del propio año, se elabora el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil (PAMI) en la provincia Oriente Sur, en Santiago de Cuba y gracias a la prioridad que le ha dado el Estado, desde un inicio, al sector de la Salud, se pudo revertir en positivo los indicadores existentes, de forma tal que en los primeros 40 años del proceso revolucionario, según los datos estadísticos la mortalidad infantil en Cuba descendió en 81,3 % y la mortalidad neonatal precoz disminuyó en 73,4 %. (Riverón Corteguera R, Azcuy Henríquez P, 2001).

Este programa se extendió a todo el país con el propósito de reducir la mortalidad infantil en un 50 % en el período 1970-1979. A partir de 1980 y basado en los éxitos alcanzados en la etapa anterior se decide instrumentar un programa más amplio que abarcara no sólo la mortalidad infantil, sino también la perinatal, preescolar, escolar y materna y se pone en ejecución el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, el cual se revisa cada 3 años. Debido a la importancia del bajo peso al nacer y su estrecha relación con la mortalidad en los menores de 5 años, en 1983 se elabora y se comienza a ejecutar el Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer. (MINSAP. Programa para la reducción del bajo peso al nacer, 1998)

Los indicadores de salud clásicamente utilizados guardan una íntima relación con los factores del contexto socio-económico, hasta transformarse en índices de desarrollo social. La tasa de mortalidad infantil en particular es considerada universalmente como un elocuente indicador del estado de salud, no sólo de los niños menores de un año, sino de la población en su conjunto y de las condiciones socio-económicas en las que ésta se desarrolla. Es por lo demás un indicador sensible a la disponibilidad, utilización y eficacia de la asistencia sanitaria y en particular de la atención perinatal. (UNICEF, 2000)

El PAMI incluye los problemas identificados como susceptibles de modificarse y que tienen gran influencia en los indicadores de salud materno-infantil entre los que se destacan: Riesgo reproductivo preconcepcional, Aborto, Enfermedad hipertensiva del

embarazo, Cesárea, Bajo peso al nacer, Afecciones perinatales y Sepsis del binomio madre-hijo. (MINSAP. Programa Nacional de Atención Materno Infantil, 1999)

Ello ha permitido la sensible reducción de la tasa de mortalidad infantil a lo largo de este período, que puede ser ilustrada con sólo citar que en 1970 esta tasa era de 38,7 x 1 000 nacidos vivos y ya en 1997 era de 7,2 x 1 000 nacidos vivos, al igual que lo ocurrido con la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, que pasó de 43,8 en 1970 a 9,4 en 1997, por lo que se ha podido alcanzar el 99,9 % de sobrevivencia para el grupo de los menores de 5 años de edad, que anteriormente era muy bajo, pues morían muchos niños antes de alcanzar esta edad por la cantidad de enfermedades que padecía la niñez y que eran causa de muerte. (Díaz Elejalde Y, Alonso Uría R M., 2008)

En la provincia de Matanzas; al igual que en el resto del país; la Dirección Provincial de Salud ha trabajado con intencionalidad en la Atención materno infantil tanto a nivel primario como secundario y en el último quinquenio se habían obtenido cifras en la tasa de mortalidad infantil por debajo de 5, y de la media nacional por año, aunque algunos componentes hayan presentado irregularidades, sin embargo al cierre del pasado 2011 se elevó a 5.4 por 1000 nacidos vivos, precisamente en un momento que el país ha trazado su línea hacia un nuevo modelo económico, a raíz del VI Congreso del PCC y donde se insta a los profesionales del Sector a potenciar las acciones de promoción, la correcta aplicación del método clínico y lograr mayor eficiencia. Se afirma que la mortalidad es un verdadero indicador del grado de desarrollo de una comunidad y es espejo de su civilización, pues comprende el efecto de las condiciones económicas, sociales y culturales, así como la eficiencia de los servicios curativos y preventivos y es muy importante comprender su etiología multifactorial, aunque la contribución de uno u otro factor, pueden variar en importancia de caso a caso.

Se entiende por componentes de la atención materno infantil a la salud reproductiva, la lactancia materna, el control de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica y el desarrollo integral del niño, entre otros. (Valenzuela C, 2012), (OMS/UNICEF/USAID, 2008), (Sarda Prada A et al, 2011), (Ortiz Gómez et al, 2011), (De la Vega Paitková T et al, 2010), (Arocha Mariño C, 2000)

Los factores que intervienen negativamente en la salud del binomio madre- hijo pueden depender de condiciones individuales, familiares o comunitarias. En el caso de las *condiciones individuales* se destacan el estado nutricional, estado inmunológico, enfermedades crónicas presentes o infecciones u otras afecciones agudas, algunas relacionadas con la inmunización o que se presentan durante el periodo del parto, como en el caso de la sepsis que no siempre se pueden prevenir. (Fernández Díaz N et al, 2010) (Fernández Díaz N et al, 2010) (Alonso Uría RM. y col, 2005)

Sin embargo, en otros casos los problemas de salud dependen de la conducta de las personas como las infecciones de transmisión sexual de la madre, que en la actualidad se conoce su vinculación al virus del papiloma humano y aquí se puede trabajar; no solo con las parejas; sino con la familia y la comunidad en garantía de asegurar cambios de conducta y lograr el cumplimiento de las acciones de pesquisa. (Sarduy Nápoles M R, 2008), (Díaz Mc Nair A G et al, 2011) (Dunán Cruz L K, et al, 2011)

A *nivel familiar* factores como la edad materna en el momento del nacimiento, pues están demostrados los riesgos del embarazo en la adolescencia, para la joven y el bebé las prácticas maternas de higiene, el cumplimiento de medidas preventivas o accesibilidad a servicios de salud y medicamentos, el tamaño de la familia y su situación económica, son todos determinantes de los efectos que ejercen los programas que actúan en cualquier punto del esquema etiológico. (López Rodríguez, Y, 2011)

A *nivel comunitario*, se necesita, la participación comunitaria para asegurar sistemas de disposición de excretas y de agua potable, servicios de salud, establecimientos de educación y comunicaciones, e incluso en el mejoramiento de la vivienda y la distribución de alimentos, puede necesitarse además de la acción de la comunidad, sobre todo en lo referente a los fundamentos dirigidos a los cambios en construcción y técnicas agrícolas. Las acciones a este nivel, deben ser entonces directamente tomadas por la comunidad para la comunidad. Por ello en países donde los gobiernos han tenido la voluntad política de tomar decisiones, asignando suficientes recursos para apoyar las intervenciones seleccionadas.

Es necesario también considerar el enfoque de género, pues es larga la lista de ejemplos que muestran la discriminación de la mujer, por citar algunos:

- En más de un 80% de los casos, la responsabilidad de la regulación de la fecundidad junto con los efectos colaterales nocivos de la tecnología anticonceptiva recae enteramente sobre la mujer.
- La asignación de recursos para investigación en anticoncepción, en particular para la tecnología anticonceptiva dirigida al hombre, es sumamente reducida;
- El abuso de la tecnología médico-quirúrgica es específicamente dirigido a la mujer, como la cesárea y la histerectomía.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio figuran en casi todos los países entre las cinco primeras causas de mortalidad durante la edad reproductiva, pese a la naturaleza fisiológica y no patológica de este proceso y al carácter eminentemente prevenible de estas defunciones.

Se puede afirmar que una Certificación por el Sistema ISO es útil para acreditar que un servicio o unidad médica están en condiciones de otorgar una atención de calidad, pero no la puede garantizar, pues según afirma Pedro Saturno: “Una mala organización puede ser causa de mala atención, pero una buena organización no la garantiza” y “Los criterios de estructura son una condición necesaria, pero no suficiente para afirmar que el servicio es de calidad; su presencia nos dice que la calidad es posible, pero no podemos concluir que realmente ocurrirá”. (Saturno PG, 2001)

Desde el punto de vista del paciente, se propone el siguiente concepto de calidad: ²¹
“Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendente a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”

Desde el enfoque de la salud pública, la calidad de la atención incluye cobertura de la población, disminución de la morbilidad, disminución de la mortalidad e incremento en el tiempo y calidad de vida. Es relevante la desaparición y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, la disminución de las secuelas y la prevención y rehabilitación de las discapacidades. Una atención con calidad debería concluir invariablemente con la satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares), con los resultados de la atención y con la calidad de los servicios recibidos y otro elemento fundamental para que los servicios se puedan otorgar con calidad, es la satisfacción de las expectativas del trabajador con el desempeño de su trabajo. (Aguirre – Gas HG, 2008)

Según criterio de autoridades cubanas, los profesores Benito N. Ramos Domínguez y Francisco Rojas Ochoa, (Ramos Domínguez BN, 2006) consideran que los elementos esenciales de la calidad de los servicios de salud son:

- a) la excelencia profesional (en los aspectos técnicos y no menos importante en los éticos de su conducta);
- b) el empleo eficiente de los recursos, de ahí la necesidad de la evaluación económica;
- c) la seguridad para los pacientes, el mínimo riesgo en las intervenciones asistenciales;
- d) el mayor grado de satisfacción para la población y los trabajadores del servicio y
- e) la eficiencia del servicio, el resultado final que se produce.

En el presente trabajo se pretende evaluar el comportamiento del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) en la provincia durante el trienio 2009-2011

Desarrollo.

METODO:

Se realizó una investigación en Sistema y Servicio de Salud, de tipo evaluación de programa. El universo estuvo integrado por toda la población infantil de la provincia y la población femenina en edad fértil de 15 a 49 años embarazada, la totalidad de los médicos que laboran en la APS: especialistas y residentes de MGI, así como los médicos profesores integrantes de los Grupos Básicos de Trabajo que laboran en la APS de la Provincia de Matanzas.

Para la evaluación táctica (de los componentes del programa), las preguntas realizadas fueron:

- ¿Han sido alcanzados los objetivos específicos del programa?
- ¿Las actividades desarrolladas eran las apropiadas?

- ¿Los recursos movilizados eran los apropiados en términos de cantidad y calidad?

Los componentes del programa son: los objetivos, los recursos y las actividades y para evaluar el estado actual del Programa Atención Materno Infantil en la APS, fueron definidas tres dimensiones: estructura, el proceso y los resultados, cuya evaluación dará respuesta a las preguntas anteriores.

- Estructura: Se refiere a la cantidad, calidad y adquisición de recursos físicos, aborda la evaluación en las situaciones en que esta tiene lugar.
- Proceso: Aborda los servicios brindados y utilizados en la atención al binomio madre - hijo a nivel de la APS. Es el proceso mismo de prestación de la atención, lo que interesa no es el poder de la tecnología ni los recursos para alcanzar los resultados previstos, sino, si se han aplicado como se deben aplicar.
- Resultado: Se evalúa los resultados en función de los indicadores de morbi – mortalidad, o sea, el estado de salud de la población infantil y las madres durante el periodo de la gestación y puerperio.

Los referentes a la Evaluación de la dimensión estructura, están relacionados con cantidad, calidad y adquisición de recursos físicos y financieros del programa.

En este acápite se identificaron las variables desde dos dimensiones:

1- necesidades de recursos materiales fundamentales en los consultorios: pesa e infantómetro o cinta métrica para valoración ponderal del lactante, tablas de valoración antropométricas, esfigmomanómetro, pesa de adulto para gestante, mientras en los policlínicos equipo de US diagnóstico en los policlínicos

2 - recurso humano médico y jefes de PAMI en municipios:

- la cobertura de atención por médicos de familia según su nivel, es decir, del total de consultorios en la provincia, el porcentaje que cuenta con médicos especialistas de 1ro y 2do grados o residentes capacitados en PAMI.

- cifra de Grupos Básicos de Trabajo incompletos y específicamente la falta de pediatras y obstetras, así como la proporción de profesores de GBT que ostentan categoría docente y el segundo grado de la especialidad.

- para evaluar capacitación se recoge la información de los resultados obtenidos en los instrumentos escritos aplicados a médicos de consultorios, pediatras y ginecobstetras de GBT en abril del 2009. También se revisaron los informes semestrales de superación profesional en el trienio

- profesión de los jefes de PAMI municipales y valoración de su desempeño por el jefe provincial, quien es el tutor de la presente investigación

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Recursos materiales necesarios en consultorios y policlínicos	Cualitativa Nominal dicotómica	Bien	Buenas condiciones (cuenta con pesa e infantómetro o cinta métrica para valoración ponderal del lactante, tablas de valoración antropométricas, esfigmomanómetro, pesa de adulto para gestante y equipo de US diagnóstico en los policlínicos).	Porcentaje de consultorios y policlínicos con las condiciones óptimas en la instalación, para desarrollar el PAMI
		Mal	Malas condiciones (cuando falte uno o más de los recursos necesarios descritos arriba).	
Capacitación del personal médico en los consultorios.	Cualitativa Nominal dicotómica	Bien	Que los consultorios cuenten con especialistas de MGI o residentes capacitados en el PAMI y que la promoción en evaluación de competencia sea $\geq 80\%$	Porcentaje de consultorios con el personal médico capacitado
		Regular	Que los consultorios cuenten con médicos capacitados en el PAMI y la promoción en evaluación de competencia e/79 y 65%	
		Mal	Que los médicos de consultorios no estén capacitados en PAMI y la evaluación de competencia por debajo del 65%	

Nivel de GBT	Cualitativa ordinal	Elevado	Cuando >70% de GBT completos, >80 % de profesores categorizados, >80 % promoción en competencia y > 8% especialistas 2do Grado	Porcentaje GBT completos y evaluados de acuerdo a estos estándares de elevado, medio y bajo.
		Medio	Si e/ 70 % y 50% de GBT completos, e/ 60%- 80% de profesores aprobados en competencia y categorizados, e/ 5% - 8% especialistas 2do Grado	
		Bajo	Cuando < 50% de GBT estén completos , < 60 % categorizados y aprobados en competencia, y < 5% especialistas 2do Grado	
Desempeño Directivo municipal del PAMI	Cualitativa ordinal	Bueno	Profesional médico o licenciado enfermería capacitado en Diplomado PAMI y buen control del programa	Porcentaje de directivos valorados de B, R o M
		Regular	Profesional médico o licenciado enfermería no capacitado en Diplomado PAMI o con señalamientos en control del programa	
		Malo	No cuenta con directivo o mal control PAMI	

Cálculo de los indicadores referentes a estructura:

Indicador condiciones del consultorio:

Se calcula: # de consultorios con malas condiciones x 100

total de consultorios

Indicador idoneidad del personal médico del consultorio:

Se calcula: $\frac{\text{\# de médicos idóneos}}{\text{total de médicos}} \times 100$

total de médicos

Indicador nivel del GBT:

Se calcula: $\frac{\text{\# de GBT evaluados de nivel elevado, medio o bajo}}{\text{total de GBT}} \times 100$

total de GBT

Indicador desempeño directivos del PAMI:

Se calcula: $\frac{\text{\# de directivos evaluados de B, R o M}}{\text{total de directivos}} \times 100$

total de directivos

b) Evaluación del proceso

Aborda los servicios producidos y utilizados, puede referirse a:

- Técnicas y procedimientos normados.
- Calidad de la atención (diagnóstica, terapéutica).
- Continuidad de los servicios.
- Procesos organizativos implantados para asegurar accesibilidad, continuidad, globalidad y humanización de los servicios.
- Relación médico paciente

En este caso se identificó:

- comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes
- cumplimiento de la planificación de pruebas citológicas
- control del riesgo preconcepcional
- los resultados de las inspecciones realizadas por los directivos provinciales tanto de la Dirección Provincial de Salud, en especial el Dpto. Provincial del PAMI, como por parte de la Facultad de Ciencias Médicas.

Operacionalización de variables referentes al proceso:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes	Cualitativa ordinal	Buena	El indicador es superior al 70 %	Porcentaje de Lactantes que mantienen lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes
		Regular	El indicador está entre el 50 % y 70%	
		Mala	El indicador es inferior al 50 %	
Cumplimiento planificación de Pruebas citológicas	Cualitativa ordinal	Bueno	El indicador es superior al 95%	Porcentaje de cumplimiento de la planificación de pruebas citológicas
		Regular	El indicador está entre el 80 % y 94%	
		Malo	El indicador es inferior al 80 %	
Control de riesgo preconcepcional	Cualitativa ordinal	Bueno	El indicador es inferior al 30 %	Porcentaje de mujeres que se embarazan clasificadas como Alto riesgo por FR o afecciones.
		Regular	El indicador está entre el 30 % y 39%	
		Malo	El indicador es superior al 40 %	

Cálculo de los indicadores referentes a proceso:

Indicador Lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes:

Se calcula: $\frac{\# \text{ de lactantes de 6 meses con lactancia materna exclusiva}}{\text{total de lactantes de 6 meses edad}} \times 100$

total de lactantes de 6 meses edad

Indicador cumplimiento de pruebas citológicas:

Se calcula: $\frac{\# \text{ de pruebas citológicas realizadas}}{\text{total de PC programadas}} \times 100$

Indicador control del riesgo preconcepcional:

Se calcula: $\frac{\# \text{ de mujeres con RPC que se embarazan}}{\text{total de embarazadas}} \times 100$

Indicador cumplimiento consultas puericultura:

Se calcula: $\frac{\# \text{ de consultas de puericultura realizadas}}{\text{total de consultas puericultura planificadas}} \times 100$

c) *Evaluación de los resultados.*

Se evaluaron los resultados obtenidos por el programa y el cumplimiento de los objetivos específicos. Si lo que se evalúa es el impacto, pues se trata de una evaluación estratégica.

Los objetivos se definen en términos del estado de salud o comportamientos relativos a la salud por los beneficiarios del programa.

En este caso se obtuvieron en los Dptos. Estadísticas, Atención Primaria y Atención Materno Infantil los resultados de los indicadores por cada año para compararlos con los propósitos establecidos:

- Mortalidad infantil, - Mortalidad infantil menor de 7 días, - Mortalidad de 7 a 27 días
- Mortalidad de 28 días y más, - Mortalidad perinatal, - Mortalidad de 1- 4 años
- Mortalidad < 5 años, - Mortalidad de 5 a 14 años, - Índice bajo peso al nacer (IBP) y
- Mortalidad Materna.

Eficacia del Programa o eficacia potencial: evaluación de los resultados en función de la población a quién va dirigido el programa (resultados obtenidos en condiciones ideales).

Eficacia real o efectividad: evaluación de los resultados en función de la población alcanzada por el programa (resultados obtenidos en situaciones reales).

El juicio de valor se realizó al comparar los elementos o indicadores alcanzados en la provincia en el periodo con los propósitos u objetivos de trabajo de la Salud Pública para el año 2012.

Operacionalización de variables relacionadas con los resultados:

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Mortalidad infantil	Cualitativa ordinal	Baja	Inferior al 4.5 x 1000 NV	Total de fallecidos menores de 1 año en relación al total Tasa de MI
		Media	Entre 4.6 y 5 x 1000 NV	
		Alta	≥ 5.1 x 1000 NV	
Mortalidad infantil menor de 7 días	Cualitativa ordinal	Baja	Inferior al 3 x 1000 NV	Total de fallecido menores de 7 días en relación al total Tasa MI en menor 7 días
		Media	Entre el 3 y 4 x 1000 NV	
		Alta	Superior al 4 x 1000 NV	
Mortalidad infantil e/ 7 y 27 días	Cualitativa ordinal	Baja	Inferior al 3 x 1000 NV	Total de fallecido entre 7 y 27 días en relación al total Tasa MI en RN e/ 7 y 27 días
		Media	Entre el 3 y 4 x 1000 NV	
		Alta	Superior al 4 x 1000 NV	
Mortalidad infantil e/ en > 28 días	Cualitativa ordinal	Baja	Menos del 2 x 1000 NV	Total de fallecido > 28 días del total Tasa MI en RN en > 28 días
		Media	Entre 2 y 3 x 1000 NV	
		Alta	Mayor de 3 x 1000 NV	
Mortalidad Infantil de 1- 4 años	Cualitativa ordinal	Baja	Menos de 3.1 x 10000 NV	Total de fallecidos e/ 1 y 4 años
		Media	Entre 3.1 y 4.2 x	

			10000 NV	Tasa MI en prescolares
		Alta	Mayor de 4.2 x10000 NV	
Mortalidad Infantil de 5- 14 años	Cualitativa ordinal	Baja	Menos de 1.8 x 10000 NV	Total de fallecidos e/ 5 y 14 años Tasa MI en escolares
		Media	Entre 1.8 y 3 x 10000 NV	
		Alta	Mayor de 3 x 10000 NV	
Mortalidad Infantil menor de 5 años	Cualitativa ordinal	Baja	Menos del 6 x 1000 NV	Total de fallecidos menores 5 años Tasa MI en < 5 años
		Media	Entre 6 y 6.4 x 10000 NV	
		Alta	≥ de 6.5 x 10000 NV	
Mortalidad Infantil Perinatal	Cualitativa ordinal	Baja	Menos del 13 x 10000 NV	Total fallecidos menores de un año y fetales por año. Tasa MP
		Media	Entre 13 y 14 x 1000 NV	
		Alta	Mayor de 14 x 1000 NV	
Peso al Nacer	Cuantitativa continua	Normal	Recién nacido con peso ≥ 2500- 3999gs	Frecuencia de RN bajo peso, o macrofetos
		Bajo	Recién nacido con peso < 2500	
		Macrofet	Recién nacido con peso ≥ 4000gs	
Índice bajo peso al	Cualitativa	Bajo	Inferior a 5%	Recién nacidos con

nacer (BP)	ordinal	Medio	E/ 5 y 6.5%	BP en relación con el total de NV
		Alto	Superior al 6.5 %	
Mortalidad Materna	Cualitativa ordinal	Bajo	Inferior a 26 x 100000 gestantes	Total de muertes maternas por año Tasa Mortalidad materna
		Medio	entre 26 y 27 x 100000 gestantes	
		Alto	Mayor de 27 x 100000 gestantes	

Cálculo de los indicadores relacionados con los resultados: -Tasa de Mortalidad infantil

Se calcula: $\frac{\# \text{ fallecidos menores } < 1 \text{ año periodo}}{\text{Total de RN vivos en el periodo}} \times 1000$

Total de RN vivos en el periodo

- Tasa de Mortalidad infantil menor de 7 días

Se calcula: $\frac{\# \text{ fallecidos menores de 7 días periodo}}{\text{Total de RN vivos en el periodo}} \times 1000$

Total de RN vivos en el periodo

- Tasa de Mortalidad de 7 a 27 días

Se calcula: $\frac{\# \text{ fallecidos entre 7 y 27 días de nacido periodo}}{\text{Total de RN vivos periodo}} \times 1000$

Total de RN vivos periodo

- Tasa de Mortalidad de 28 días y más

Se calcula: $\frac{\# \text{ fallecidos de } \geq 28 \text{ días de nacido periodo}}{\text{Total de RN vivos periodo}} \times 1000$

Total de RN vivos periodo

- Tasa de Mortalidad perinatal

Se calcula: $\frac{\# \text{ Defunc. fetales tardías} \geq 500\text{grs} + \# \text{ Defun menos 7 días periodo}}{\text{Total de RN vivos periodo}} \times 1000$

Total de RN (vivos y muertos) periodo

- Tasa de Mortalidad de 1- 4 años

Se calcula: $\frac{\# \text{ fallecidos entre 1 y 4 años edad periodo}}{\text{Total población de 1- 4 años en periodo}} \times 10000$

Total población de 1- 4 años en periodo

- Tasa de Mortalidad < 5 años (especial)

Se calcula: $\frac{\# \text{ fallecidos menores de 5 años periodo}}{\text{Total nacidos vivos en el periodo}} \times 10000$

Total nacidos vivos en el periodo

- Tasa de Mortalidad de 5 a 14 años

Se calcula: $\frac{\# \text{ fallecidos e/ 5 -14 años de edad periodo}}{\text{Total población 5 -14 años al periodo}} \times 10000$

Total población 5 -14 años al periodo

- Índice bajo peso al nacer (IBP)

Se calcula: $\frac{\# \text{ RN con peso } < 2500 \text{ periodo}}{\text{Total de RN vivos periodo}} \times 100$

Total de RN vivos periodo

- Tasa de Mortalidad Materna

Se calcula: $\frac{\# \text{ muertes maternas periodo}}{\text{Total de RN vivos al periodo}} \times 100000$

Total de RN vivos al periodo

Se evaluó la eficacia del programa a partir de los indicadores de resultados, considerándolo eficaz si los mismos fueron cumplidos al 80% o más.

Los métodos utilizados fueron teóricos, empíricos, método científico universal dialéctico materialista, y dentro de los estadísticos, las descriptivas como frecuencias y porcentajes, tasa, razón y media.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS:

Los resultados de la investigación permiten exponer lo siguiente:

- En relación con los recursos materiales se identificó que todos los consultorios de la provincia cuentan que se consideran necesarios para la atención prenatal a la gestante y la puericultura del bebé, pues lo que más se ha deteriorado son los infantómetros pero en su defecto se cuenta con cintas métricas para tallarlos y en todos los casos existen pesas para

lactantes y gestantes. De igual manera, los 13 municipios de la provincia cuentan con equipos de Ultrasonografía para el diagnóstico prenatal.

- En cuanto a los recursos humanos la situación se comporta de forma tal que en la provincia después del proceso de reorganización (Cuesta Mejías LA, 2011), en la provincia se definieron 49 Grupos Básico de Trabajo (GBT de profesores, 6 incompletos por faltar 2 GO y 6 pediatras) así como 644 consultorios médicos de la familia (CMF) necesarios, de los cuales 630 tienen presencia de médico con una cobertura al 100%, y los 14 restantes atendidos por enfermeras, la única dificultad de los primeros es con las reservas, pues de 125 faltan 23 y las existentes están cubriendo licencias de maternidad, certificados médicos u otras causas. En los 6 municipios no están completas las reservas, pero como la prioridad es la atención a la población se definió que los directivos de las instituciones y los médicos en otras funciones asuman las tareas de los CMF.

No obstante, es justo señalar que aunque todos los consultorios estén cubiertos por los médicos y que se trabaja con intencionalidad en la permanencia en el puesto de trabajo es indudable que persisten algunas dificultades con la estabilidad, por enfermedad, licencias, salidas a misión y también los que se reincorporan, al regreso de misiones internacionalistas que se familiarizan con la actividad, y todo ello provoca insatisfacciones que repercuten en el cumplimiento del Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia en general y del PAMI en particular.

Del total de médicos en consultorios 169 son residentes de MGI (116 de 1er año, 53 de 2do), de ellos 22 extranjeros y el resto especialistas. Al analizar el nivel de los especialistas, en la provincia, de 461 especialistas ubicados en CMF, 7 han alcanzado el 2do Grado (1.5%), aunque en realidad en la actualidad solo una del municipio cabecera labora en consultorio, pues el resto cumple funciones en la Universidad u otros centros.

Este indicador se evalúa además por el resultado de la promoción en el examen de competencia aplicado que resultó para los MGI del 79.4%, por tanto en general resulta como no idóneo, pues el propósito previsto debía superar el 80%, aunque para ser justo faltan solamente décimas. Ver tabla N° 1.

La formación integral de un profesional de la salud, desde la atención primaria, conducido y guiado por aquellos verdaderos talentos y ejemplos de la medicina familiar y el Proyecto Policlínico Universitario permite la formación del capital humano necesario en los territorios, fortaleza que señalan un grupo de investigadores en Santiago de Cuba. (Kerton Manners M et al, 2011)

La categorización docente de los profesores es importante para garantizar la docencia de los estudiantes pregrado y los residentes, la superación profesional en las áreas y el desarrollo continuo de los propios docentes, que incide proporcionalmente en la calidad de la atención, y del total de especialistas de estos GBT, 78 es decir 62%, tienen categoría docente.

En cuanto a la especialidad de 2do Grado, solamente 8 (10.2%) de los docentes ostentan esta categoría: 3 pediatras, 3 clínicos y 2 GO, que resulta una cifra ínfima. En la bibliografía revisada no se encontraron informaciones amplias acerca de la formación de especialistas de segundo grado en el nivel primario, sin embargo, en un trabajo que realizó el Dr. Leonardo Cuesta; al encuestar a 530 médicos sobre la denominación de la especialidad si mejor MGI o Medicina Familiar; identificó a solo 2 especialistas con esta condición, por lo que a consideración de la autora este es un aspecto en el que; para lograr cambios; debe trabajarse más intencionadamente a nivel de las Filiales universitarias. (Cuesta Mejías LA, 2007).

Otro componente que se indagó fue la capacitación en PAMI de los médicos, y para ello se revisó la información sobre los exámenes de competencia aplicados en la Facultad en el año 2009. En realidad, la evaluación de la competencia tiene entre otros, valor diagnóstico y es una de las vías para la identificación de necesidades de aprendizaje, que puede ser utilizada por los directivos para programar o perfeccionar los planes de superación profesional elaborados en los servicios o instituciones de salud. Aunque en aquel momento, se evaluaron profesionales de la APS y del nivel hospitalario, tanto médicos como enfermeras, el objetivo en este trabajo está limitado a los médicos y del nivel primario.

Como se muestra en la tabla N° 1 de un total de 295 médicos evaluados en ese momento, aprobaron 227 para el 76.9%, pero los pediatras obtuvieron los peores resultados, pues la promoción fue del 35.4%.

Tabla N° 1. Médicos examinados de PAMI

Médicos/Especialidades	Examinados	Aprobados	%
Medicina General Integral	228	181	79.4
Pediatría	31	11	35.4
Ginecobstetricia	36	35	97.2
Total	295	227	76.9

La valoración del nivel de los GBT en resumen se considera de nivel medio pues aunque el completamiento de profesores está al 83%, un 10.2 % son especialistas de 2do Grado, solo el 62% está categorizado y la promoción entre pediatras y ginecobstetras del examen fue del 67%, a expensas de los primeros. Estas temáticas se corresponden con problemas de

salud frecuentes en la población infantil y en la mujer fértil, por lo que han estado incluidas en los planes de superación profesional; tanto de la Universidad como de las instituciones docentes (Filiales Universitarias y policlínicos); y en todos los años se pudo comprobar la acreditación de actividades de postgrado.

Al analizar la situación de los responsables del programa en los municipios se encuentra los 13 municipios cuentan con los profesionales para el cargo. Hasta el momento todas las personas que se incorporan a esta función son preparadas en entrenamiento y la valoración del trabajo que realizan es buena, pero ninguno ha cursado diplomado de preparación en PAMI, así que se evalúa este indicador de regular, como se expone en la tabla N° 2.

Tabla N° 2. Evaluación de la Dimensión Estructura

Variables de Estructura	Evaluación
Recursos materiales	Bien
Capacitación recursos humanos MGI	Regular
Nivel GBT	Medio
Desempeño J' PAMI Mcpal	Regular
General	Regular

Las variables de proceso se muestran en las tablas N° 3 y N° 4, donde la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes se mantuvo los tres años entre el 50 y el 57%, es decir, por debajo de los propósitos de la salud pública (>75%), por lo que se evalúa este acápite de regular y estos resultados se corresponden con lo reportado Avalos González, ²⁶ en el Policlínico "Aleida Fernández Chardiet" en La Habana, se reporta que el 55.7 % de una muestra de 158 madres, mantuvo lactancia materna exclusiva por 6 meses. (Avalos González M M, 2011)

Para valorar el control del riesgo preconcepcional (RPC), se tuvo en cuenta el porcentaje de mujeres que al embarazarse eran consideradas de alto riesgo obstétrico (ARO) y el patrón adecuado se establece por debajo del 30% y como se observa en la tabla aunque estaba más elevado en el primer año del trienio, en realidad en todos se mantuvo por encima de esa cifra, en el rango entre 30% - 40% que se cataloga como regular.

Tabla N° 3. Evaluación de las variables de Proceso

Variables de resultados	Propósito	2009	2010	2011
VARIABLES DE PROCESO	PROPÓSITO	2009	2010	2011
Lactancia materna	>75%	49%	57%	57%
Pruebas citológicas	> 90%	85.8%	95.6%	100%
Mujeres ARO que se embarazan	<30%	40%	31%	32%

Con relación al cumplimiento de las pruebas citológicas, solamente en el año 2009 fue que se incumplió en el 85.8%, porque después aumentó a 95.6% y 100% en 2010 y 2011 respectivamente, por lo que se considera el cumplimiento de esta variable bueno.

Tabla N° 4. Evaluación de la Dimensión de Proceso

Variables de Proceso	Evaluación
Lactancia materna	Regular
Pruebas citológicas	Bueno
Mujeres ARO que se embarazan	Regular
General	Regular

En conclusión, en esta dimensión, al estar una sola bien de las tres variables analizadas y el resto regular se evalúa la dimensión proceso, también como REGULAR.

Nacimientos	-	7367	6935	7844
Mortalidad infantil	< 4.5 x 1000	4.48	3.7	5.4
Mortalidad infantil < de 7 días	< 3 x 1000	2	1.6	2.8
Mortalidad infantil e/ 7 y 27 días	< 3 x 1000	0.5	0.9	0.9
Mortalidad infantil > 28 día	< 2 x 1000	2	1.3	1.7
Mortalidad e/ 1-4 años	<3.1 x10000	3.2	3.8	2.6
Mortalidad e/ 5- 14 años	<1.8 x10000	1.4	1.5	1.9
Mortalidad < de 5 años	< 6 x 1000	5.7	5.2	6.2
Mortalidad perinatal	< 13 x 1000	15	11	11.3
Índice bajo peso	< 5 %	4.8	4.8	5.4
Mortalidad materna directa	<26 x 10000	13.8	57.7	25.5

Tabla Nº 5. Evaluación de la Dimensión Resultados por año

La provincia finaliza el 2011 con 7844 nacimientos y 42 defunciones, es decir, 16 defunciones y 909 nacimientos más que en el 2010. El componente neonatal; vinculado a eventos alrededor del nacimiento; supera el propósito de 3 x 1000 nv, siendo el que más defunciones aporta, pues en esta etapa se producen 29 que representan el 69% de las defunciones del año.

Al analizar el comportamiento de las variables de resultados se muestra en la tabla N° 5 que el 2011, fue el peor año del trienio, pues aunque se logró reducir la tasa de mortalidad materna en comparación con el año anterior y a pesar del aumento de los nacimientos, la tasa de mortalidad infantil estuvo por encima del propósito (5.4 vs 4.5), al igual que la de mortalidad menor de 5 años (6.2 vs 6), la de 5 – 14 años (1.9 vs 1.8), y el índice el bajo peso al nacer también se elevó (5.4 vs 5), es decir, de 10 indicadores analizados, los dos primeros años se cumplieron 8 (80%), pero el último año al 60%, por lo que no se consideró eficaz en el 2011 y se valora también de REGULAR, la dimensión de resultados.

Cuando se comparan los resultados de la provincia con otras del país en el periodo, se observa que en el 2009 solo la superaban 5 provincias: Holguín, Las Tunas, Camagüey, Sancti Spíritus, Villa Clara y Pinar del Río, al siguiente año empató con Cienfuegos la tasa de 3.7 x 1000 nv superada por las provincias de Villa Clara, Isla de la Juventud y Holguín, sin embargo en el pasado año 2011 ocupó un décimo lugar al elevar la mortalidad en menores de un año. (De la Osa JA, 2012)

Los resultados del PAMI en realidad son multifactoriales, pues aunque se realizan ingentes esfuerzos por todas las autoridades a todos los niveles y se emprenden programas emergentes no todo depende de la voluntad del personal de la salud sino de toda la población, de la familia y los sectores estatales de las direcciones políticas y de masas pues no siempre se cumplen las orientaciones que se brindan para la promoción y prevención.

Conclusiones.

La evaluación del Programa de Atención Materno Infantil en la Atención Primaria de Salud durante el trienio 2009-2011, en las tres dimensiones de estructura, proceso y resultados en la provincia de Matanzas, resultó con dificultades y se evalúa de regular; considerándose multicausal; con responsabilidad de todos los factores de la sociedad, por lo que recomienda elaborar una estrategia de gestión con carácter intersectorial a nivel provincial, evaluando posteriormente los resultados.

Bibliografía.

AGUIRRE – GAS HG. *Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica.* Cir Ciruj 2008 [citado 2012 Abr 13]; 76:187-196. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082o.pdf>

ALONSO URÍA RM. Y COL. *Mortalidad neonatal precoz: Análisis de 15 años.* Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2012 May 14]; 31(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300008&lng=es RAMOS DOMÍNGUEZ B N, ALDEREGUÍA HENRÍQUEZ J. *Medicina social y salud pública en Cuba.* La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1990.p.12-48

AROCHA MARIÑO C. *El estado de salud de la población cubana en el período revolucionario.* Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2000 Jun [citado 2012

May 27]; 26(1): 57-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200000100008&lng=es

AVALOS GONZÁLEZ MARÍA M. *Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año*. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Jun 29]; 27(3): 323-331. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300003&lng=es

CUESTA MEJÍAS L A. *La dispensarización en el policlínico universitario docente de Playa un año después de la reorganización*. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Jun 29] ; 27(1): 42-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100005&lng=es

CUESTA MEJÍAS LEONARDO A. *¿Medicina general integral o medicina familiar?* Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2012 May 05]; 23(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300012&lng=es.

DE LA OSA JA. *Mortalidad infantil en el 2011 ¡¡4.9!!* Artículo del periódico Granma 3 de enero 2012. [Citado 2012 Mar 29]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/2012/01/03/pdf/pagina03.pdf>

DE LA VEGA PAITKOVÁ T, PÉREZ MARTÍNEZ V T, BEZOS MARTÍNEZ L. *La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas*. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2012 Jun 29]; 26(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300005&lng=es

DÍAZ ELEJALDE Y, ALONSO URÍA R M. *La mortalidad infantil, indicador de excelencia*. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2012 Jun 29] ; 24(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200008&lng=es UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la infancia). *Estado Mundial de la Infancia 2000*. New York, 2000:84-7.

DÍAZ MC NAIR A G, CEDEÑO ARROYO M, GONZÁLEZ HEREDIA E, BELTRÁN BAHADES J. *Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia*. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2012 Jul 06] ; 15(2): 209-214. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200010&lng=es

DUNÁN CRUZ L K, CALA CALVIÑO L, INFANTE TABÍO N I, HERNÁNDEZ LIN T. *Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud*. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Mayo [citado 2012 Jun 05] ; 15(5):

573-579. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002&lng=es

FERNÁNDEZ DÍAZ N, DUQUE DE ESTRADA RIVERÓN J, DÍAZ CUÉLLAR F. *Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal precoz*. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2012 Jun 14] ; 82(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000200003&lng=es

FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). *Estado Mundial de la Infancia 2000*. New York, 2000:84-7.

KERTON MANNERS M, ET AL. *Primera graduación médica en policlínicos universitarios del municipio de Santiago de Cuba*. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2012 May 05]; 15(10): 1493-1498. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000019&lng=es.

LÓPEZ RODRÍGUEZ, Y. *Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo*. Rev Cubana Enfermer [online]. 2011, vol.27, n.4, pp. 337-350. ISSN 0864-0319.

MINSAP. *Programa Nacional de Atención Materno Infantil 1999*; [Internet]. [citado 2011 Dic 12]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/metodologica/materno_infantil.html

MINSAP. *Programa para la reducción del bajo peso al nacer*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 1998. Pág 1-23

OMS/UNICEF/USAID. *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS, 2008.

ORTIZ GÓMEZ AS, VÁZQUEZ GARCÍA V, MONTES ESTRADA M. *La alimentación en México: enfoques y visión a futuro*. [consulta: 2011 octubre 21]. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=41702501>

RAMOS DOMÍNGUEZ B N, ALDEREGUÍA HENRÍQUEZ J. *Medicina social y salud pública en Cuba*. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1990.p.12-48

RAMOS DOMÍNGUEZ BN. *Control de calidad de la atención de salud*. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2012 Abr 13] ;20(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000100008&lng=es

RIVERÓN CORTEGUERA R, AZCUY HENRÍQUEZ P. *Mortalidad Infantil en Cuba 1959-1999*. Rev Cubana Pediatr 7. 2001; 73 (3):143-57.

SARDA PRADA A, LIMONTA PÉREZ B, SARDA PRADA Z. *Modificación de conocimientos sobre su dieta alimenticia en madres de lactantes*. MEDISAN [revista en la

Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Jul 05]; 15(9): 1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000900003&lng=es

SARDUY NÁPOLES M R. *Neoplasia Intraepitelial Cervical: Preámbulo del cáncer cérvicouterino*. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2012 Jul 06] ; 34(2):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200004&lng=es

SATURNO PJ. *Acreditación de instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad*. Manual del Master en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud. Módulo 7: Programas externos. Unidad Temática

VALENZUELA C., BENGUIGUI Y. *Atención Integral en salud materno-infantil y sus componentes*. [citado 2012 Feb 10]. Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/CD/AIEPI4-3.pdf>