







ARTÍCULO ORIGINAL

Determinantes sociales que inciden en la mortalidad de los menores de cinco años

Yandry Alfonso Chang^{1*} , Norma Gómez García¹ , Frank Quintana Gómez¹ , Noslen Pimienta Pérez¹ , Jacqueline Gaudencia González Díaz¹ , Orestes Suárez Morales² 

¹Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Yandry Alfonso Chang. yandryach@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los determinantes sociales de la salud experimentan significación e importancia en el último medio siglo en la medida en que la Organización Mundial de la Salud ha identificado que la salud está determinada por las condiciones en las que la gente nace, crece, vive y trabaja.

Objetivo: caracterizar el estado de los determinantes sociales de mayor incidencia en la mortalidad del menor de cinco años en pacientes fallecidos en esta institución.

Métodos: se realizó un estudio cuanti-cualitativo en fallecidos menores de cinco años en el Hospital “José Luis Miranda” en el período comprendido de enero de 2016 a diciembre de 2018. La variable de estudio se operacionalizó en indicadores estructurales (nivel socioeconómico, escolaridad y lugar de residencia) individuales (color de la piel) y del sistema de salud (accesibilidad, terapia oportuna y adecuada y causa de defunción). Por su interés fueron incluidos como descriptores poblacionales la edad y el sexo.

Resultados: la mayor incidencia (41,5%) se encontró en el grupo etario entre uno y cuatro años, con un predominio de los varones (58,4%); un nivel socioeconómico medio (66,1%) y un origen rural (64,15%). La accesibilidad al sistema de salud que sobresale es la regular (52,8%) y la principal causa de defunción fueron las enfermedades infecciosas (30,1%).

Conclusiones: existen importantes reservas para un mejoramiento de los indicadores de salud de la población infantil menor de cinco años en la Provincia de Villa Clara cuando en la gestión institucional se toma en cuenta el estado de los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud; mortalidad; niño

ABSTRACT

Introduction: the social determinants of health have gained significance and importance over the past half century as the World Health Organization has identified health as determined by the conditions in which people are born, grow up, live and work.

Objective: to characterize the state of the social determinants that have the greatest impact on under-five mortality in patients who have died in this institution.

Methods: a qualitative and quantitative study was carried out on the deaths of children under five years of age at the José Luis Miranda Hospital during the period January 2016 to December 2018. The study variable was operationalized in structural indicators (socioeconomic level, schooling and place of residence), individual (skin color) and health system (accessibility, timely and adequate therapy and cause of death). Age and sex were included as population descriptors due to their interest.

Results: the highest incidence (41.5%) was found in the age group between one and four years old, with a predominance of males (58.4%); a medium socioeconomic level (66.1%) and a rural origin (64.15%). Accessibility to the health system was regular (52.8%) and the main cause of death was infectious diseases (30.1%).

Conclusions: there are important reservations about improving health indicators for the under-five population in Villa Clara Province when institutional management takes into account the state of the social determinants of health.

Key words: social determinants of health; mortality; child

Recibido: 02/06/2020

Aprobado: 27/08/2020

INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud (DSS) experimentan unas indiscutibles significación e importancia en el último medio siglo en la medida en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado que la salud está determinada por las condiciones en las que la gente nace, crece, vive y trabaja;⁽¹⁾ en tal sentido los determinantes se agrupan en estructurales e intermedios. En los primeros ubica los relacionados con el contexto socioeconómico y político, que a su vez determinan la posición socioeconómica del individuo según la etnia, el género y la clase social y en los segundos los que afectan directamente el estado de salud como las condiciones materiales de vida, las conductas o las creencias familiares y los servicios de salud.⁽¹⁻³⁾

Un acercamiento a la experiencia cubana muestra la incidencia que sobre los DSS ha tenido la obra de la Revolución pues Cuba cuenta con una salud pública sustentada en principios que la hacen gratuita, universal, accesible, regionalizada e integral. En 2015 el país contaba con múltiples instituciones de salud (449 policlínicos, 10 869 consultorios, 150 hospitales, 46 982 camas, 1215 servicios estomatológicos, 14 Universidades de Ciencias Médicas, 131 hogares maternos, 155 hogares de ancianos, 293 casas de abuelos, 30 hogares psicopedagógicos, 29 bancos de sangre y 12 institutos de investigación), un médico por cada 118 habitantes y 13 070 médicos de familia en la comunidad, para una cobertura del 100% de la población. De ahí su influencia en que existiera una tasa de mortalidad infantil (menor de un año) de 4,2x1000 nacidos vivos (NV), una mortalidad infantil (menor de cinco años) de 5,7x1000 NV, un índice de bajo peso al nacer de 5,4%, una mortalidad materna directa de 21,4x100 000 NV y una esperanza de vida de 78,5 años (76,5 para los hombres y 80,45 para las mujeres).⁽⁴⁾

Esto no significa que el país haya superado las condiciones de subdesarrollo, a las que se agrega la agresividad con que el gobierno de los Estados Unidos recrudece el bloqueo actualmente, lo que hace que la batalla económica sea una prioridad para la nación.⁽⁵⁾ Los elementos de inequidad que la situación actual generan o no permiten superar inciden directamente sobre los DSS, por lo que resulta conveniente profundizar en el efecto que estos determinantes dejan en la población, en particular la infantil.

La Provincia de Villa Clara es considerada la más estable del país en los últimos 15 años por sus resultados integrales en el Programa de Atención Materno Infantil; no obstante, estudios realizados sobre la mortalidad infantil muestran que las causas más frecuentes son la sepsis adquirida, las enfermedades oncohematológicas y las anomalías congénitas.⁽⁶⁾

La tradición ha sido trabajar más con los daños que con la determinación social que le preceden, de ahí la necesidad de rebasar ese enfoque, de pensar en el desarrollo de intervenciones más integrales que superen el tratamiento solo de los efectos, de dejar fuera los condicionamientos que aparecen como determinantes sociales y de incrementar enfoques preventivos al respecto.

El Hospital "José Luis Miranda" es el único centro de alcance provincial en Villa Clara para estos pacientes. Se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar el estado de los DSS de mayor incidencia en la mortalidad del menor de cinco años en pacientes fallecidos en esta institución.

MÉTODOS

Diseño y población

Tipo de estudio: la investigación se realizó mediante un estudio cuanti-cualitativo en fallecidos menores de cinco años en el Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el período comprendido de enero de 2016 a diciembre de 2018.

Se trabajó con la totalidad de la población de pacientes fallecidos menores de cinco años (53) en el hospital en el período señalado.

Como criterio de selección se tuvo que, del conjunto de variables relacionadas con los DSS identificados en investigaciones realizadas en diversos países y que aparecen en los modelos de Marc Lalonde (1974)⁽⁷⁾ y en el de la Organización Mundial de la Salud (2008),⁽¹⁾ se hizo una selección bajo el criterio de que fueran los que mayor incidencia tienen en la experiencia de gestión hospitalaria en los últimos cinco años.

Se hizo un estudio exploratorio inicial mediante el intercambio (entrevista semiestructurada) con cinco especialistas de más de 30 años de experiencia asistencial en el Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, y cuatro Especialistas en Sociología con resultados investigativos en estudios sobre DSS de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara y de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Variable del estudio y su definición

Los DSS se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local e influyen en las diferencias individuales y colectivas en el estado de salud.⁽¹⁾ En términos operacionales se definieron como indicadores los siguientes:

Estructurales:

- Nivel socioeconómico: medida económica y sociológica que combina la posición económica y social individual o familiar con relación a otras, está basada en los ingresos laborales o de otra índole que se reciben
- Escolaridad de la madre: nivel de escolarización de la madre (según la escala del Ministerio de Educación se considera el último año aprobado)
- Lugar de residencia del niño: según la dirección que consta en el carnet de identidad visualizado en el certificado de defunción.

Sistema de salud:

- Accesibilidad al sistema de salud: posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia. Se trata de la accesibilidad geográfica (urbana-rural) medida en tiempo medio en horas o minutos (h/min) que tarda un sujeto desde el lugar en que requiere la atención médica a los servicios de salud.
- Terapia oportuna y adecuada: posibilidad para acceder al tratamiento pertinente y adecuado en correspondencia con el código de su padecimiento. Se considera el tiempo medio en h/min que tarda un sujeto en acceder a la terapia que le corresponde y la adherencia a los protocolos establecidos según la morbilidad identificada.
- Causa de defunción: según la principal causa de defunción notificada por el médico de asistencia de acuerdo al certificado correspondiente emitido.

Además, fueron considerados los siguientes descriptores poblacionales:

- Edad: días, meses o años cumplidos por el paciente al momento de fallecer
- Sexo: condición biológica que permite definir a una persona según su género.

Procedimientos/recolección y manejo de datos

Se examinaron y se analizaron los fundamentos teóricos que sustentaron el estudio, para lo que se revisó la bibliografía sobre el tema en cuestión en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, MEDLINE, EBSCO, HINARI, SciELO, LILACS y BVS con las siguientes palabras claves: DSS y mortalidad infantil del menor de cinco años. Se limitó la búsqueda a artículos publicados en los últimos diez años y que muestren el texto completo. Se utilizaron, además, artículos publicados con anterioridad en los que se presenta la información requerida en lo referente al fundamento teórico que la sustenta.

Métodos empíricos

Análisis de documentos: se tomó la totalidad de los expedientes clínicos de los pacientes fallecidos en el Hospital Pediátrico "José Luis Miranda" y las actas de las discusiones de fallecidos realizadas por el Programa de Atención Materno Infantil

a nivel hospitalario y provincial con el objetivo de explorar la información demográfica necesaria sobre el estado clínico del paciente, las indicaciones médicas y la respuesta obtenida, así como información sobre las posibles complicaciones y el estado al egreso de los pacientes.

Entrevista semiestructurada. Se aplicó en dos momentos:

- Al inicio de la investigación a médicos con amplia experiencia asistencial para obtener su criterio acerca de los DSS en la Especialidad de Pediatría y la estrategia investigativa a seguir
- Luego a médicos y enfermeras relacionados con la documentación para verificar la consistencia de la información que contienen o alguna información adicional de interés no presente en esos documentos.

Los temas a tratar se estructuraron considerando, en el primer momento, la obtención de un aporte relacionado con los pasos a seguir en la investigación; en el segundo sobre los indicadores que requirieron una información adicional o un control de los datos ya obtenidos de los documentos.

Entrevista en grupo focal: se realizó a médicos directivos que más intervienen en la práctica cotidiana en el servicio de atención a menores de cinco años para obtener criterios sobre la relevancia de los determinantes sociales identificados una vez concluido el trabajo de campo y realizados el procesamiento y el análisis de los datos.

Análisis estadístico

Se hizo mediante la aplicación de técnicas de la estadística descriptiva que permitieron la confección de tablas y gráficos en los que se expresaron los valores de los atributos de las variables en frecuencias absolutas y por cientos; se precisaron algunas variables cuantitativas a través de las medidas de tendencia central y dispersión.

Aspectos éticos

El estudio se realizó en concordancia con lo establecido en la Declaración de la Asamblea Médica Mundial de Helsinki. De ahí que el protocolo de estudio se planteó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la última versión de la Declaración del Helsinki, Edinburgo, Scotland (octubre de 2000), relacionado con las investigaciones médicas que involucran a sujetos humanos y con las regulaciones estatales vigentes en la República de Cuba, y además fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación, el Consejo Científico del Hospital "José Luis Miranda" y el Consejo Científico Provincial de Villa Clara.

En ningún caso se solicitó a los familiares el consentimiento de participar en la investigación porque no tenía incidencia en la evolución posterior individual del asunto.

RESULTADOS

El estudio realizado tuvo su etapa de recogida de datos entre los años 2017 y 2018, los resultados se muestran en tablas.

En la Tabla 1 se analizó la distribución de los 53 pacientes fallecidos estudiados según la edad y el sexo. La mayor incidencia se encontró en el grupo etario entre uno y cuatro años, que abarca el mayor período de vida (22, 41,50%); le siguió el grupo de 29 días a 11 meses y 29 días (20, 37,73%). Ambos grupos constituyeron el 79,2% de la población. En cuanto al sexo predominó el masculino (58,49%).

Tabla 1. Distribución de los pacientes fallecidos según la edad y el sexo

Edad (frecuencia/%)	Sexo (frecuencia/%)		Total
	Masculino	Femenino	
Hasta 7 días	3/5,66	2/3,77	5/9,43
Entre 8 y 28 días	5/9,43	1/1,88	6/11,32
Entre 29 días y 11 meses y 29 días	9/16,98	11/20,75	20/37,73
Entre 1 año a 4 años 11 meses y 29 días	14/26,41	8/15,09	22/41,50
Total	31/58,49	22/41,50	53/100

La causa que mayor incidencia tuvo fueron las infecciones (16, 30,18%), seguidas por las malformaciones congénitas (15, 28,3%). La distribución por grupo etario muestra la alta incidencia de las infecciones en el grupo de 29 días a 11 meses y 29 días (12, 22,64%), pero para ese grupo significa que el 75% de los pacientes fallecieron por infección, lo que es una clara alerta desde el punto de vista preventivo; le siguen las malformaciones congénitas con siete pacientes en ese mismo grupo etario, lo que significa el 46% de los fallecidos por esa causa (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes fallecidos según la edad y la causa de defunción

Edad del niño (frecuencia/%)	Causa de defunción (frecuencia/%)					Total
	Malformación congénita	Enfermedades Oncohematológicas	Accidentes	Infecciones	Otras	
Hasta 7 días	4/7,54	-	-	-	1/1,88	5/9,43
Entre 8 y 28 días	2/3,77	1/1,88	-	1/1,88	2/3,77	6/11,32
Entre 29 días y 11 meses y 29 días	7/13,20	-	-	12/22,64	1/1,88	20/37,73
Entre 1 año a 4 años 11 meses y 29 días	2/3,77	10/18,86	4/7,54	3/5,66	3/5,66	22/41,50
Total	15/28,30	11/20,75	4/7,54	16/30,18	7/13,20	53/100

Las dos causas de defunción más frecuentes respecto a la escolaridad de la madre fueron las infecciones y las malformaciones congénitas, ambas con nueve casos, que predominaron para los niveles de secundaria básica (42,8%) y de preuniversitario (36%) -Tabla 3-.

En cuanto a la causa de defunción y su relación con el nivel socioeconómico de la madre, de modo general, predominó el socioeconómico medio (35, 66,1%). Respecto a la causa de mortalidad llama la atención que solo el 9,43% de los fallecidos se dieron para el alto nivel socioeconómico. Las infecciones y las malformaciones tuvieron una mayor incidencia para los niveles socioeconómicos bajo y medio (Tabla 4).

Tabla 3. Distribución de los pacientes fallecidos según la causa de defunción y el grado de escolaridad de la madre

Causa de defunción (frecuencia/%)	Escolaridad de la madre (frecuencia/%)				Total
	Primaria	Secundaria	Básica	Preuniversitaria	
Malformación congénita	1/1,88	4/7,54		9/16,98	15/28,30
Enfermedades oncohematológicas	-	4/7,54		6/11,32	11/20,75
Accidentes	2/3,77	1/1,88		1/1,88	4/7,54
Infecciones	-	9/16,98		5/9,43	16/30,18
Otras	-	3/5,66		4/7,54	7/13,20
Total	3/5,66	21/39,62		25/47,16	4/7,54

Tabla 4. Distribución de los pacientes fallecidos según las causas de defunción y el nivel socioeconómico de la madre

Causa de defunción (frecuencia/%)	Nivel socioeconómico de la madre (frecuencia/%)			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Malformación congénita	4/7,54	10/18,86	1/1,88	15/28,30
Enfermedades oncohematológicas	1/1,88	8/15,09	2/3,77	11/20,75
Accidentes	1/1,88	3/5,66	-	4/7,54
Infecciones	6/11,32	9/16,98	1/1,88	16/30,18
Otras	1/1,88	5/9,43	1/1,88	7/13,20
Total	13/24,52	35/66,1	5/9,43	53/100

La distribución que vincula la causa de defunción y el lugar de residencia del niño aparece en la Tabla 5. Se observó una significativa diferencia de los fallecidos entre el medio rural y el urbano; para el primero fue de 34 (64,15%), lo que tiene que ver con las condiciones de la ruralidad en Cuba y Latinoamérica. Más relevante aún es que las infecciones, que constituyen la primera causa de defunción en el estudio, predominan en el medio rural (12, 22,64%); para esa causa el medio rural tiene el 75% por incidencia de enfermedades infecciosas. Este mismo por ciento se dio para el grupo etario entre 29 días y 11 meses y 29 días, por tanto, refuerza una alerta para la acción preventiva respecto a la mortalidad del menor de un año.

Tabla 5. Distribución de los pacientes fallecidos según la causa de defunción y el lugar de residencia

Causa de defunción (frecuencia/%)	Lugar de residencia (frecuencia/%)		
	Urbana	Rural	Total
Malformación congénita	7/13,20	8/15,09	15/28,30
Enfermedades oncohematológicas	6/11,32	5/9,43	11/20,75
Accidentes	-	4/7,54	4/7,54
Infecciones	4/7,54	12/22,64	16/30,18
Otras	2/3,77	5/9,43	7/13,20
Total	19/35,84	34/64,15	53/100

La Tabla 6 muestra la distribución de frecuencia por causa de defunción y accesibilidad al sistema de salud. Del total de fallecidos 28 (52,83%) tuvieron un acceso regular a los servicios de salud y 17 (32,07%) una mala accesibilidad. Ambos llegan al 84,9% por lo que la buena accesibilidad resulta muy reducida.

La accesibilidad para las causas de defunción más frecuentes se comportó de la siguiente manera: con respecto a las infecciones de 16 casos 13 tuvieron accesibilidad regular y mal, lo que constituye el 81,2%, y para las malformaciones congénitas de 15 casos 13 tuvieron también una accesibilidad entre regular y mal, para un 86,6%. Esto evidencia la necesidad de trabajar de manera diferenciada para casos que tienen una condición de riesgo que se deba atender con la previsión requerida.

Tabla 6. Distribución de los pacientes fallecidos por causa de defunción según el acceso al sistema de salud

Causa de defunción (frecuencia/%)	Accesibilidad al sistema de salud (frecuencia/%)			
	Mala	Regular	Buena	Total
Malformación congénita	4/7,54	9/16,98	2/3,77	15/28,30
Enfermedades oncohematológicas	5/9,43	6/11,32	-	11/20,75
Accidentes	1/1,88	3/5,66	-	4/7,54
Infecciones	6/11,32	7/13,20	3/5,66	16/30,18
Otras	1/1,88	3/5,66	3/5,66	7/13,20
Total	17/32,07	28/52,83	8/15,09	53/100

En la Tabla 7 aparece el cruce de causa de defunción con la terapia oportuna y adecuada. Se destacaron 29 casos (54,72%) con una terapia oportuna y adecuada regular; si se le suman los que tuvieron una calificación de mala, 17 casos, de conjunto significan un 86,8%.

Para las infecciones como principal causa de defunción se constataron 16 pacientes fallecidos, todos tuvieron una terapia oportuna y adecuada entre regular y mala (100%) o, planteado a la inversa, ningún menor fallecido por infección tuvo una buena terapia oportuna y adecuada. El 75% de los fallecidos por esa causa son del medio rural y del grupo etario entre 29 días y 11 meses y 29 días.

En cuanto a las malformaciones congénitas, segunda causa de defunción, llama la atención que, con esta condición clínica, 12 pacientes (22,64%) presentaron una terapia entre regular y mala. También se destacó la regular o la mala terapia para los casos de enfermedades oncohematológicas a pesar de su condición, 10 casos que significan el 18,86% de los fallecidos por esta causa.

Tabla 7. Distribución de los pacientes fallecidos según la causa de defunción y la terapia oportuna y la adherencia adecuada al tratamiento

Causa de defunción (frecuencia/%)	Accesibilidad al sistema de salud (frecuencia/%)			
	Mala	Regular	Buena	Total
Malformación congénita	6/11,32	6/11,32	3/5,66	15/28,30
Enfermedades oncohematológicas	3/5,66	7/13,20	1/1,88	11/20,75
Accidentes	1/1,88	2/3,77	1/1,88	4/7,55
Infecciones	3/5,66	13/24,52	-	16/30,19
Otras	4/7,54	1/1,88	2/3,77	7/13,21
Total	17/32,08	29/54,72	7/13,21	53/100

DISCUSIÓN

La distribución de pacientes fallecidos según la edad y el sexo evidenciada en los resultados del estudio realizado mostró la no existencia de una significación estadística importante para la población cubana si se consideran los datos del último Censo de población y viviendas de 2012,⁽⁸⁾ lo que coincide, como tendencia, con lo que se da en el mundo, en el que también hay sobre natalidad y sobre mortalidad masculinas.⁽⁹⁾

Pulido y otros, en estudio realizado sobre la incidencia de determinantes sociales múltiples, han podido constatar que el riesgo de morir en el primer año de vida aumenta con la pobreza, la exclusión social, la falta de accesos a los servicios de agua potable y el saneamiento básico.⁽¹⁰⁾

Pongou⁽¹¹⁾ plantea que mueren más niños que niñas, en una razón de 1,2 mayor, sin que haya una causa que lo justifique. En un estudio realizado en Colombia se muestra, sin embargo, el surgimiento de una tendencia de defunción según el sexo que, si bien el masculino es el más afectado, con el transcurso de los años la brecha entre este y el sexo femenino ha disminuido de un 57,29% en 2005 a un 53,86 en 2011, lo que permite inferir un agravamiento de la situación de las niñas.⁽¹²⁾

El sexo como descriptor poblacional contiene la problemática de género frente a la salud porque la salud en uno y otro caso es diferente y desigual; diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios y fisiológicos) que se manifiestan de forma disímil para cada sexo en relación con la salud y los riesgos de enfermedad, lo que muchas veces se mantiene invisible para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud y desigual porque hay otros factores que, en parte, son explicados por el género y que influyen de manera injusta en la salud de las personas.⁽¹³⁾

Sobre la distribución de pacientes fallecidos según la edad y la causa de defunción en Cuba los resultados de una investigación sobre la experiencia en atención a la salud infantil hecha por autores cubanos permiten exponer que, en más de 50 años, se observa un decrecimiento sostenido de la tasa de mortalidad infantil y que la evolución de las tasas es muy similar en niñas y niños, lo que se corresponde con la ausencia de situaciones lesivas relacionadas con el género. La diferencia de las tasas entre territorios y provincias muestra una reducción progresiva como consecuencia de las acciones desarrolladas a favor de la equidad. Las principales causas de defunción informadas en los menores de un año durante los últimos años fueron las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas y las enfermedades infecciosas (desaparecieron entre estas causas las enfermedades diarreicas agudas).⁽¹⁴⁾

El vínculo entre la causa de defunción y el grado de escolaridad de la madre muestra una correspondencia con el hecho de que en Cuba no predominan los niveles extremos de pobreza o de riqueza en este indicador.⁽⁸⁾ Por su parte, un estudio realizado por Theodore Schultz se informa la existencia de una fuerte relación negativa entre la escolaridad de la madre y la mortalidad de los hijos. Una regresión simple le dio una asociación de un año extra de instrucción materna con de un cinco a un 10% de reducción en la mortalidad de sus niños.

Este comportamiento puede ser explicado, probablemente, porque la madre maneja mejor el cuidado del niño y administra la alimentación infantil y los cuidados médicos en forma más eficiente.⁽¹⁵⁾

Una investigación sobre desigualdades socio-espaciales permitió demostrar que la baja escolaridad materna fue la condición de mayor riesgo para la mortalidad perinatal y que madres con menos años de estudio tienden a tener peores condiciones socioeconómicas y mayor vulnerabilidad a situaciones de riesgo, las que interfieren en la sobrevivencia fetal e infantil. Por tanto, las mujeres en esa condición deben ser asistidas de forma diferenciada para reducir las inequidades en la salud provenientes de su contexto de vida, como también ser encaminadas a los órganos de apoyo social existentes.⁽¹⁶⁾

En cuanto a la causa de defunción y el nivel socioeconómico de la madre estudios realizados en Brasil encontraron que tanto el crecimiento *per cápita* como el incremento en los niveles de educación son determinantes importantes que pueden influir en la mortalidad infantil. A su vez el ingreso económico es una variable central en los modelos de comportamiento de los determinantes de la salud infantil, por tanto, las condiciones socioeconómicas devienen en relevantes para la salud.⁽¹⁷⁾

También debe ser considerado un estudio realizado en África por la OMS en el que se identifica que los niños de estos países, dada su situación económica, tienen una probabilidad de morir antes de los cinco años 16,5 veces mayor que los niños de los países de ingresos altos.⁽¹⁸⁾

En América Latina los factores socioeconómicos juegan un papel muy relevante en la génesis de la mortalidad en los países pues en esta región prevalece una mortalidad alta, en especial en los primeros años de vida, vinculada a causas previsibles como desnutrición, diarreas y otras enfermedades infecciosas.⁽¹⁹⁾ Esto contrasta con la situación en Norteamérica, donde se identificaron y se caracterizaron las áreas con mayores tasas de traumatismo en nueve ciudades y condados de los Estados Unidos y Canadá y se encontró que los factores que se asocian a mayores tasas de lesiones graves son el desempleo, el menor nivel educacional y el bajo nivel socioeconómico.⁽²⁰⁾

El ingreso y el estatus social alto actúan, según un estudio realizado por Moiso, como un escudo contra la enfermedad porque las personas tienen la capacidad para adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas para hacer más elecciones y para sentirse más en control sobre las decisiones en la vida. Este sentimiento de estar en control es básico para una buena salud.⁽²¹⁾

Con respecto a la causa de defunción y el lugar de residencia del niño un estudio realizado en México por la Organización de Naciones Unidas-México sobre la reducción de la mortalidad infantil en menores de cinco años pudo verificar el alto grado de afectación existente en la población en condiciones de ruralidad.^(22,23) En otro estudio realizado en Colombia se ha podido constatar que, en regiones en desarrollo, se informa un mayor riesgo de defunción en recién nacidos y niños residentes en zonas rurales, hijo de madres sin educación o con bajo nivel educativo.⁽²⁴⁾

En los países en desarrollo se informa un mayor riesgo de defunción infantil cuando la madre vive en el área rural más que cuando lo hace en el área urbana.

Esto se puede explicar porque la madre tiene menor acceso a la educación y a los servicios de salud y a un saneamiento básico de buena calidad.⁽²⁵⁾ Algunos autores consideran que el tener educación universitaria es un factor protector de la mortalidad infantil.⁽²⁶⁾

Sobre la causa de defunción según el acceso al sistema de salud en un estudio realizado por la OMS se constató que el sistema sanitario, en particular la mala utilización de los recursos, los sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria y la burocratización de la asistencia, entre otros, constituyen determinantes del proceso salud-enfermedad. Al respecto estiman que el sistema de salud ocupa un importante rol en la distribución desigual de la salud en la población porque el menor acceso al servicio sanitario y su menor calidad para los infantes aumentan su vulnerabilidad.⁽²⁷⁾

En otra investigación realizada por Thaddeus y Maine se utiliza el modelo de las tres demoras para identificar situaciones que ralentizan el acceso al sistema de salud y a la terapia oportuna y adecuada. Según este modelo la primera demora ocurre en el ámbito familiar y se refiere al retraso para reconocer la necesidad de atención y buscarla, ya sea por falta de información o por razones culturales; la segunda en llegar a la unidad de salud por dificultades económicas, geográficas o de transporte y la tercera es la demora que ocurre dentro de la unidad de atención para brindar atención oportuna y adecuada,⁽²⁸⁾ lo que significa que la accesibilidad al sistema de salud no es solo un problema del sistema de salud, sino más extendido, y debe ser tenido en cuenta en el trabajo de promoción de salud y en relación con la atención primaria.

En cuanto al acceso a terapia oportuna y la adherencia adecuada al tratamiento en pacientes fallecidos la discusión debe considerar que en Cuba los servicios operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS). Esto es posible a partir de que el Estado regula, financia y presta estos servicios. El Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del SNS y, por lo tanto, el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública y desarrollo de las ciencias médicas y de la industria médico-farmacéutica.

El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente al Poder Popular, del que recibe el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios.

Los principios rectores del sistema de salud cubano son el carácter estatal y social de la medicina, la accesibilidad y la gratuidad de los servicios, la orientación profiláctica, la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, la participación de la comunidad y la intersectorialidad y la colaboración internacional, la centralización normativa y la descentralización ejecutiva.

Para lograrlo los programas educativos deben ser diseñados por equipos multidisciplinarios e implementados en forma intersectorial, teniendo en cuenta los DSS involucrados: bajo nivel de escolaridad, bajo nivel socioeconómico y

ambiente físico inadecuado; se considera, además, la capacidad de las personas para acceder y comprender la información otorgada por los profesionales de la salud.

Aunque los progresos mundiales para reducir la mortalidad de los menores de cinco años se han acelerado, existen disparidades entre las regiones y los países.⁽¹⁸⁾ Estas desigualdades son éticamente indefendibles y se deben a las desigualdades documentadas en la exposición a riesgos a través del entorno físico y social y el acceso a la información y los servicios.

La zona con mayor mortalidad en menores de cinco años es el África Subsahariana, donde uno de cada 13 niños muere antes de cumplir esa edad. Más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se deben a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles.⁽¹⁸⁾

CONCLUSIONES

El enfoque de los DSS plantea un examen crítico de la perspectiva de riesgo y propone orientar la mirada a la población y a las políticas que se instrumentan para ella. Los avances y los estudios realizados en los años 90 dieron mayor soporte y fundamento para ampliar el horizonte de la mirada, extender los campos de la prevención tradicional y reorientar la salud pública.

Este enfoque se propone intervenir en las causas de las causas, por lo que centra su atención en las desigualdades sociales que conducen a la inequidad y a una pérdida de la capacidad de llevar una vida sana que se expresan en la exposición y la vulnerabilidad diferenciadas y la afectación en los niveles de calidad de vida y de salud de los individuos.

Se discuten como puntos clave a lo largo de esta cadena en la que las políticas pueden intervenir para reducir los efectos de la estratificación social y, con ello, la exposición específica a factores que dañan la salud sufridos por las personas en posiciones desfavorecidas. Se trata de reducir su vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud desde una intervención orientada a que se reduzcan las consecuencias desiguales de la mala salud y a prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas que se ponen enfermas.

El estudio realizado muestra que existen importantes reservas para un mejoramiento de los indicadores de salud de la población infantil menor de cinco años en la Provincia de Villa Clara cuando en la gestión institucional se toma en cuenta el estado de los determinantes sociales de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes sociales de la Salud – Informe Final [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado 03/08/2018]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013: una mina de información sobre salud pública mundial [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 03/08/2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82218/9789243564586_spa.pdf?sequence=1
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Parte 1: Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [citado 03/08/2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449_spa.pdf?sequence=1
4. Anuario Estadístico de Cuba Edición 2019. Enero-Diciembre 2018 [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2019 [citado 20/09/2020]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/00_anuario_estadistico_2018.pdf
5. Castro Morales Y. Clausura Díaz Canel la Tercera Sesión Extraordinaria de la IX Legislatura de la Asamblea Nacional del Poder Popular. Granma [Internet] 2019 Abr 13 [citado 15/04/2019]. Disponible en: <http://www.granma.cu/discursos-de-diaz-canel/2019-04-13/clausura-diaz-canel-la-tercera-sesion-extraordinaria-de-la-ix-legislatura-de-la-asamblea-nacional-de-poder-popular>
6. Segredo Molina Y, Bilbao González K, Acevedo Rodríguez Y, Rovira Rivero LE, Álvarez González I, Martell Betancourt NL. La mortalidad hospitalaria en el Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017 Oct-Dic [citado 02/11/2018];89(4):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000400002&lng=es
7. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians Ottawa health and welfare [Internet]. Canadians; 1974 [citado 03/08/2018]. Disponible en: <https://nccd.ca/index.php?/resources/entry/new-perspective-on-the-health-of-canadians>
8. Indicadores demográficos de Cuba y sus territorios 2015 [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2016 [citado 03/08/2018]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/indicadores_2015.pdf
9. Campos-Miño S, Sasbón JS, von Dessauer B. Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. Med Intensiva [Internet]. 2012 Jan-Feb [citado 03/08/2018];36(1):3-10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173572712000276>
10. Pulido A, Higuera DR, Jaramillo MC, Navas Y. Reporte anual 2010. Cómo va la salud en Colombia. Retos del sistema de salud. Experiencias valiosas para mejorar la salud materna [Internet]. Bogotá DC: Gráficas Gilpor; 2011 [citado 03/08/2018]. Disponible en: https://issuu.com/asivamos/docs/informe_anual_avs_2010
11. Pongou R. Why is infant mortality higher in boys than in girls? A new hypothesis based on preconception environment and evidence from a large sample of twins. Demography [Internet]. 2013 Apr [citado 03/08/2018]:421-44. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s13524-012-0161-5>. <http://dx.doi.org/10.1007/s13524-012-0183-z>
12. Mogollón Pastrán SC. Mortalidad infantil: causas y determinantes sociales en municipios fronterizos de Colombia. Estudio ecológico de análisis y tendencia [tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2016 [citado 02/11/2018]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/52625/1/52824441.2016.pdf>

13. Corral Martín A, Castañeda Abascal IE, Barzaga Torres M; Santana Espinosa MC. Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 Ene-Mar [citado 02/11/2018];36(1):66-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100008
14. Castro Pacheco B, Cuéllar Álvarez R, Ibargollen Negrín L, Esquivel Lauzurique M, Machado Lubián MC, Martínez Corredera V. Experiencia cubana en la atención a la salud infantil. 1959-2006. La Habana: Editora Política; 2010.
15. Tafani R, Roggeri M, Chiesa G, Gaspio N, Caminati R. Factores asociados a la mortalidad infantil. Países miembros de la OMS, año 2010. Rev Salud Pública [Internet]. 2013 Abr [citado 02/11/2018];17(1):19-31. Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_1_05%20_art2.pdf
16. Martins EF, Rezende EM, de Mattos Almeida MC, Lana FCF. Mortalidad perinatal y desigualdades socio-espaciales. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 Sep-Oct [citado 03/08/2018];21(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1062.pdf
17. Alves D, Belluzzo W. Child health and infant mortality in Brazil. IDB Working Paper No. 196 [Internet]. 2005 Apr [citado 02/11/2018]. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1814748.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1814748>
18. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS [actualizado 08/09/2020; citado 20/09/2020]. Reducción de la mortalidad en la niñez [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
19. Behm Rosas H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Abr-Jun [citado 03/08/2018];43(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200013
20. Newgard C, Schmicker R, Sopko G, Andrusiek D, Bialkowski W, Craig D, et al. Trauma in the neighborhood: a geospatial analysis and assessment of social determinants of major injury in North America. Am J Public Health [Internet]. 2011 Apr [citado 03/08/2018];101(4):669-77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21389292>.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300063>
21. Moiso A, Mestorino MA, Ojea OA. Fundamentos de salud pública [Internet]. 1^{ra} ed. Argentina: Universidad Nacional de la Plata; 2007 [citado 02/11/2018]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4
22. Duarte-Gómez MB, Núñez-Urquiza RM, Restrepo-Restrepo JA, López-Collada VLR. Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2015 May-Jun [citado 02/11/2018];72(3):181-189. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v72n3/1665-1146-bmim-72-03-00181.pdf>
23. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Progresos, reveses y desafíos [Internet] 2003 Sep [citado 02/11/2018]. Disponible en: https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/docs/documentos%20marco/Cumbres%20y%20Conferencias/ODM-LogrosReveses_etc.pdf

24. Jaramillo-Mejía MC. Situación de la mortalidad infantil en Colombia [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2016 [citado 02/11/2018]. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/26329748.pdf>
25. Naciones Unidas CEPAL. El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2010 [citado 02/11/2018]. p. 417. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2977/1/S2010622_es.pdf
26. Todd Jewell R, Triunfo P. Mortalidad infantil en Uruguay: un análisis de supervivencia. Cuad Econ [Internet]. 2010 Jul-Dec [citado 03/08/2018];29(53):97-118. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722010000200004
27. Cuesta-Santos A, Valencia-Rodríguez M. Capital Humano: Contexto de su gestión. Desafíos para Cuba. Ing Ind [Internet]. 2018 May-Ago [citado 02/11/2018];39(2):135-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362018000200135&lng=es&tlng=es
28. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med [Internet]. 1994 Apr [citado 02/11/2018];38(8):1091-110. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042057/>. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

YACH y NGG: realizaron el diseño del estudio, aplicaron el instrumento, analizaron los datos y redactaron la primera versión del manuscrito.

FQG: participó el diseño del estudio, análisis de los datos y redacción de la primera versión del manuscrito.

NPP, YGD y OSM: estuvieron implicados en la recogida, el proceso y el análisis estadístico de los datos.

Todos los autores revisaron la redacción del manuscrito y aprobaron la versión finalmente enviada.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.