

SITUACION SOCIAL-FAMILIAR Y DE SALUD DE LOS HUERFANOS DE MUERTES MATERNAS EN TRANCE OBSTETRICO. HOSPITAL REGIONAL "DR. RAMON CARRILLO". SANTIAGO DEL ESTERO. 2008

Health, social and family situation of orphans due to maternal deaths in obstetric situations regional hospital "Dr. Ramon Carrillo", Santiago del Estero - 2008

Situação-familiar social e de saúde dos órfãos de mortes maternas em estágio obstétrico. Hospital regional "Dr. Ramon Carrillo". Santiago del Estero. 2008

Salomón, Ana Carolina¹

1 Médica. Especialista en
Pediatra y en Toxicología
Clínica.
Hospital Municipal "Príncipe
de Asturias"- Capital- Córdoba

Resumen

Investigación cuanti-cualitativa. Se evaluó estado de salud (crecimiento y desarrollo) con normas de OMS/SAP, Prueba Nacional de Pesquisa y situación social-familiar; de huérfanos menores de 5 años, de madres fallecidas en trance obstétrico 2008, mediante visitas domiciliarias, entrevistas semi-estructuradas.

Se identificaron 16 muertes maternas, 12 con hijos previos, que dejaron 51 huérfanos, 7 menores de 5 años. En crecimiento: 57% eutróficos; 29% desnutridos crónicos, 14% sobrepeso. En desarrollo: Área personal-social (100%); motricidad fina y gruesa (86%), lenguaje (42%) acordes a edad

La situación social-familiar frágil; 87% pobres, 13% indigentes; 100% sin cobertura de salud, con servicios básicos carecientes, insuficientes o inadecuados. Resolvían problemas de salud con remedios caseros y/o curanderos. Escasa protección social.

Conclusión: Estado de salud de los huérfanos, satisfactorio. En desarrollo algunos con retrasos en motricidad y lenguaje.

Trabajo recibido: 1 de
abril 2014. Aceptado: 17
de diciembre 2014

En las familias cuidadoras aumentó la precariedad y vulnerabilidad. Mostraron fuertes lazos de protección y amparo, hacia los huérfanos

Palabras clave: Mortalidad materna – huérfanos – vulnerabilidad - familias cuidadoras

Abstract

Quanti-qualitative research. Health condition (growth and development) was evaluated using WHO/SAP standars, PESQUISA NATIONAL TEST*; and the social family situation of motherless children under 5, from mothers who died in obstetric situations in 2008 was assessed through home visits and semi-structured surveys. In growth: 57% eutrophic; 29% chronic undernourished; 14% over-weight. In development: Personal-social area (100%); fine and gross motor skills (86%), language (42%) according to age. Fragile social family situation; 87% poor; 13% indigents, 100% with no medical coverage and absense, shortage or inadequacy of basic services. They solved health problems with homemade medicine or healers. Poor social protection.

Conclusion: Health condition of motherless children, satisfactory. In development some presented delays in language and motor skills. Precariousness and vulnerability have increased in carer families. They showed strong bonds of protection towards these motherless children.

Key words: Maternal mortality - motherless children – vulnerability – carer families

Resumo

Pesquisa quantitativa e qualitativa. O estado de saúde foi avaliado (crescimento e desenvolvimento) com as normas da OMS / SAP, TESTE NACIONAL DE PESQUISA e situação social familiar, de órfãos menores de 5 anos, as mães falecidas em transe obstétrico 2008, através de visitas domiciliárias, entrevistas semi-estruturadas. Foram identificadas 16 mortes maternas, 12 com crianças prévias, tendo deixado 51 órfãos, 7 menores de 5 anos. Em crescimento: 57% eutróficos; 29% cronicamente subnutridas, 14% com sobrepeso. Em desenvolvimento: Área pessoal-social (100%); motricidade fina e grossas (86%), linguagem (42%) compatível com a idade. A situação sociofamiliar frágil; 87% pobres, 13% indigentes; 100% sem seguro de saúde, com serviços básicos carecientes, insuficientes ou inadequados. Os problemas de saúde eram resolvidos com remédios caseiros e / ou curandeiros. Proteção social fraca.

Conclusão: O estado de saúde de órfãos, satisfatório. Em desenvolvimento alguns com atrasos na motricidade e linguagem. Nas famílias cuidadoras aumentou a precarização e vulnerabilidade. Eles mostraram fortes elos de proteção e apoio aos órfãos

Palavras-chave: Mortalidade materna - órfãos - vulnerabilidade – famílias cuidadoras

Introducción

“Las sonrisas de los niños se evaporaron para convertirse en una expresión indefinida entre la sorpresa ante la muerte de su madre y el miedo a la soledad y el abandono”

El compromiso sobre la Iniciativa Mundial sobre Maternidad Segura (1987) fue reafirmado en el 2000 por los gobiernos de los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En él, se propusieron alcanzar para el año 2015, un conjunto de Metas que conforman los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (1) (2) (3)

Dos de ellos, buscan reducir la Mortalidad Materna (MM) y Mortalidad Infantil (MI). (4)

Hasta ahora, las cifras son poco alentadoras, preocupando al Mundo, América Latina, Argentina y a Santiago del Estero.

Después de largas luchas, pareciera ser que todo sigue igual, ya que al 2013 las tasas siguen altas, siendo los países en vías de desarrollo los que más sufren los casos de muertes reducibles, tanto maternas como infantiles. Ellas se reflejan en las inequidades en el acceso a los servicios de salud, vivienda, educación, saneamiento, etc y marcan las diferencias entre países en desarrollo y desarrollados, entre ricos y pobres, entre poblaciones rurales y urbanas y entre niños y niñas. (5) (6)

Muchas mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y el parto o después de ellos. Las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional (preclampsia y eclampsia) y los abortos inseguros, son los principales obstáculos a superar y causantes del 80% de las muertes maternas. (7)

De igual manera en el mundo (8) (9) mueren diariamente miles de niños/as menores de 5 años. Muchos mueren (10) (11) por enfermedades propias de la infancia, (12) que podrían evitarse con control de crecimiento y desarrollo adecuados y por infecciones respiratorias (13) o diarreicas, cuando las condiciones de vida, las deficiencias nutricionales, el hacinamiento, las elevadas temperaturas estivales, la carencia de agua potable, los condicionan a la exposición ambiental a patógenos entéricos, creando un círculo vicioso propicio para las infecciones intestinales. Otros

Para el 2008 la Mortalidad Materna mundial alcanzaba a 358 mil muertes (14) y 8.795 millones de niños menores de 5 años (15). En América Latina las estimaciones variaban entre 9.075 y 5.670 muertes, según la metodología utilizada (16) y de 304.000 niños menores de 5 años (17) En Argentina, murieron 296 mujeres durante el proceso reproductivo y 9.341 niños menores de 5 años y en Santiago del Estero; 16 muertes maternas y 324 niños menores de 5 años (18); cifras que no se han reducido como se esperaba.

La experiencia indica que tanto la MM como la MI, pueden reducirse con compromiso político, gobernabilidad democrática, tecnología apropiada y de bajo costo. (19)

Santiago del Estero es una provincia con altos índices de pobreza, marginalidad, vulnerabilidad y ruralidad. Algunos departamentos tienen escasa densidad de población (2.0. 2.5 hab/Km²), existiendo grandes distancias entre poblaciones y donde 82 familias de cada 100 son pobres. (20) Estos indicadores dificultan el acceso a los servicios de salud, educación, saneamiento, transporte, alimentación, etc

En promedio, el 16,6% de la población argentina, vive en viviendas deficitarias; en ranchos, casillas o viviendas con piso de tierra, sin agua dentro de ella, ni inodoro con descarga de agua. Formosa, Santiago del Estero, Chaco y Jujuy tienen los peores índices con 46,9, 46,7, 42 y 28% respectivamente de su población, que vive en esas condiciones (21)

Las mujeres rurales santiagueñas pobres, viven en permanente tensión, entre asegurar su subsistencia y ser madres, cumpliendo tanto el rol productivo como reproductivo; encontrándose, subordinadas a la maternidad y a los hombres (22). No existe para ellas la toma de decisiones en relación a la sexualidad, a la maternidad; tampoco el acceso a los servicios de salud de calidad. Las grandes distancias, caminos intransitables; carencias de medios de transporte; problemas económicos y culturales que significan el traslado a un centro urbano, representando la pérdida de tiempo para la generación de ingresos, hace que muchas veces limiten su uso y recurren al curandero y/o a la partera empírica para solucionar sus problemas de salud. (23)

Estas mujeres, tienen sus embarazos a temprana edad y su segundo hijo antes de los 24 meses siguientes, dando como resultado intervalos cortos entre nacimientos. Los embarazos adolescentes son un hecho frecuente, y de alguna manera, es la forma de salir del control paterno. (24)

De esta manera para las mujeres embarazadas, concurrir a la consulta médica o al control prenatal es casi una ilusión, y cuando acceden a un centro de salud u hospital, suelen hacerlo en estado crítico y de difícil recuperación, constituyéndose en una barrera infranqueable para salvar su vida (25)

Las NBI en Santiago del Estero al 2010 rondaban el 28%, Los niveles de pobreza e indigencia superaban la media regional, con 15,9% y 2,5% respectivamente. (26)

El informe publicado por OPS (27) sobre la base de datos del Censo 2010 revelaba que el 64% de la población de Santiago del Estero se encontraba sin ningún tipo de cobertura médica, mostrando que la oferta pública de servicios de salud reproduce los desequilibrios provinciales y no logra compensar los problemas distributivos.

Los menores de 5 años de las zonas rurales santiagueñas y en situación de pobreza y/o indigencia no asisten a centros educativos. La brecha de desigualdad social en este proceso de inclusión es un rasgo característico de estas zonas. Para muchos niños/as santiagueños, pasa el tiempo y pierden oportunidades.

Para cualquier familia, la muerte materna en trance obstétrico, representa una circunstancia resultante de la convergencia de numerosos y diferentes determinantes sociales; (28) económicos, educativos, de salud, culturales y políticos, lo que significa que el riesgo de morir durante su vida reproductiva por falta de insumos, medicamentos, impericia médica ante la emergencia, (29) propician un escenario desfavorable que culmina con la muerte (30), dejando cientos de niños huérfanos.

En Santiago del Estero, lo común, es una familia nuclear se convierta en ampliada, y se ocupe de la mayoría de los huérfanos, sobre todo en el área rural. Ella sigue siendo un sistema de protección social complejo y robusto, que reacciona rápidamente ante la muerte de una madre en trance obstétrico, aunque se hundan más en la pobreza.

La realidad social en la que está inserto el niño huérfano santiagueño, muestra al interior de las familias la responsabilidad y solidaridad, convirtiéndose los abuelos en la figura principal, manteniendo vínculos afectivos sólidos.

No existe a nivel país, ni a nivel provincial, un registro oficial del número de huérfanos de la MM en general y en particular de menores de 5 años. Ello permitiría la creación de programas que avalen la protección de las familias cuidadoras de huérfanos, menores de 5 años de la MM, con el fin de evitar la ruptura familiar.

Si bien la Asignación Universal por Hijo (AUH), actúa sobre la reducción de la pobreza, y Santiago del Estero al 2012 tenía una cobertura sobre la población objetivo del 49,8%; (31); esto no alcanza, ya que para los pobres, es solo un paliativo, aún con otros programas adicionales, que para ellos son escasos; manteniendo la pobreza y vulnerabilidad que siempre estuvieron y están presentes, por lo que una gran proporción de mujeres y niños rurales están excluidos de la Protección Social que les permitiría mejorar la calidad de vida.

La situación social y de salud de los hijos huérfanos menores de 5 años que dejaron las mujeres santiagueñas fallecidas en 2008, descubren una realidad más dura que las cifras, por lo que cabe preguntarse ¿Continúan en la misma situación de riesgo que sus madres? Están en la misma pobreza; en la misma situación de vulnerabilidad y falta de protección social y de salud que sufrieron sus madres, que sufren sus familias cuidadoras, con los mismos caminos intransitables que demoraron a sus madres para llegar al servicio de salud, y lo que es peor con mayor invisibilidad que sus madres, ya que ellas no están para protegerlos?

Casi siempre la muerte materna fragmenta la familia (32) y sus consecuencias son todavía más dolorosas, tanto físicas, psicológicas y espirituales si hay hijos o hijas pequeños que quedan huérfanos (33), por lo que son muchas veces, las abuelas que crían a los nietos, (34) viviendo en hogares multi-generacionales y que muestran preocupaciones sobre el bienestar de la familia y los nietos/as, (35) aunque no siempre reciben el apoyo familiar y/o estatal ya que tienen escaso acceso a programas sociales (36) Esta es la realidad social en la que está inserto el niño huérfano santiagueño.

Un paso decisivo para alcanzar la equidad en salud, reducir la pobreza, el hambre y la exclusión social, es establecer políticas de protección social (37) integrales y universales (38) (39) que se refuercen las existentes; aumenten su cobertura y se incluyan a los más vulnerables, especialmente los niños/as huérfanos menores a 5 años, por tal razón, la

implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH), (40) como programa de protección social, tiene un alto impacto en la reducción de la pobreza, pero se debería evaluar la posibilidad de incluir a los niños/as y familias más vulnerables, como las familias cuidadoras de huérfanos, que aún no perciben beneficios (41) para que resulte más efectivo (42), contemplando el interés superior del niño/a.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN), que orienta las labores de UNICEF, insta a los Estados a proporcionar asistencia y protección especial a los niños huérfanos (43) y estipula que todos ellos tienen derecho a crecer en el seno familiar (44) y a ser criados por ellas y recibir ayuda económica, para que no sientan que su crianza es una carga (45)

Es posible acelerar el descenso de ambas muertes; si se implementan acciones integrales sostenidas, se eliminan las barreras económicas, sociales, culturales y ambientales para acceder a los servicios básicos, sin perder de vista los ODM.

El “Mañana” es una promesa que se hace continuamente, pero parece no llegar nunca. La meta final 2015 propuesta por Argentina cuyo indicador de MM (13 x 100.000 NV) y MI en menores de 5 años (9,5 x 1000 NV), todavía está lejos de ser alcanzada.

Objetivo:

Describir la situación social y de salud de los huérfanos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar, de muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo” de la capital de Santiago del Estero durante el año 2008.

Material y métodos

La metodología utilizada se corresponde con un diseño de tipo exploratorio-descriptivo, retrospectivo y transversal, con enfoque cuanti-cualitativo.

Desde el abordaje cuantitativo, se procedió a realizar un análisis estadístico descriptivo relacionado con las muertes maternas 2008 en trance obstétrico; de la situación social y estado de salud de los huérfanos menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar y de aspectos socio-demográficos de las familias cuidadoras de huérfanos.

El abordaje cualitativo se realizó, analizando las respuestas obtenidas, con el fin de interpretar los mensajes que permitieran la inferencia de conocimientos relativos a las implicancias que tenía tener huérfanos menores de 5 años en las familias cuidadoras, a través de dos técnicas de investigación: Observación en terreno, visitas domiciliarias y entrevistas semi-estructuradas, a los/as cuidadores/as de los huérfanos objeto del estudio.

Se trabajó con dos universos de estudio: Los huérfanos sobrevivientes menores de 5 años que se mantenían en el núcleo familiar y sus cuidadores.

Para evaluar el crecimiento de cada uno de los niños huérfanos menores de 5 años, se elaboraron percentilos, para determinar la curva de crecimiento según las normas de OMS/SAP (46) (47) y para evaluar el desarrollo; que abarca tanto la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio-afectivos y temperamentales; se aplicó el formulario de Prueba Nacional de Pesquisa-PRUNAPE. (Fundación Hospital Garrahan) (48)

Todas las familias cuidadoras recibieron un código coincidente con la entrevista semiestructurada; la observación en terreno y la evaluación del estado de salud de los huérfanos menores de 5 años.

La participación de los sujetos entrevistados en el estudio se realizó previa información y su consentimiento verbal y escrito. Esta información, es confidencial y está resguardada por la Ley N° 17 622/68 de Secreto Estadístico y las específicas del caso.

Población:

Para el estudio se tomaron las 16 familias de las 16 muertes maternas ocurridas en el hospital de referencia, que es centro derivador de la provincia y atiende anualmente, alrededor de 7000 mujeres en proceso reproductivo (49) y los 7 niños nacidos vivos en el 2008, que al momento de la entrevista eran menores de 5 años y se mantenían en el núcleo familiar

Resultados:

De las 16 muertes maternas, 4 de ellas, (25%) no tenían hijos y eran menores de 18 años; las 12 restantes con hijos previos, dejaron 51 huérfanos, de los cuales 7 pertenecían a las muertes maternas de 2008. El 19% dejaron entre 3 y 5 huérfanos por familia y el 6% entre 6 y 8 hijos huérfanos.

La edad media de las fallecidas era de 24 años; estaban en pareja el 69% y el 75% eran amas de casa. En relación a la escolaridad; el 88% no había alcanzado a completar el nivel primario. El 75% residía en el interior y el mayor porcentaje (25%) procedían del departamento General Taboada; el 13% de Salavina y en menor escala de los departamentos: Choya, Juan Felipe Ibarra, Moreno, San Martín con un 6% respectivamente.

Del 100% de las fallecidas; el 44% falleció por aborto séptico, el 32% por hemorragia post-parto, siendo dos de ellas portadoras de HIV (+); el resto: ruptura hepática, desprendimiento normo-placentario; agotamiento materno por expulsivo prolongado, neumonías, y sepsis generalizada. El 50% terminó en cesárea.

64

Las fronteras del abandono y la adolescencia clausurada

Las 4 muertes maternas menores de edad, tenían entre 14 y 17 años, sin hijos previos. La causa de muerte en 3 de ellas fue aborto séptico provocado (2 en capital y 1 en el interior) La cuarta de 16 años, del interior, portaba un embarazo de 8 meses, con feto muerto y falleció por sepsis. Cada una de ellas tenía una historia diferente pero coincidían en puntos comunes: adolescentes, viviendo en barrios periféricos, de centros urbanos, con carencias críticas, caracterizadas por la pobreza, la indigencia y necesidades básicas insatisfechas. Provenían de familias numerosas, vivían hacinados, con escasa escolaridad, prevaleciendo la falta de contención, lo que aumentaba su vulnerabilidad.

Los datos hablan. Esto es solo parte del espejo de la realidad

Se evaluó el estado de salud y situación social de los 7 menores de 5 años, que se mantenían en el núcleo familiar.

Del 100% los huérfanos menores de 5 años, que se mantenían en el núcleo familiar; el 71% de sexo masculino y 29% femenino. Todos los huérfanos estaban documentados y la mayoría, en general se encontraban en buen estado de salud, aunque no todos controlados y vacunados. Ninguno estaba escolarizado.

En relación al crecimiento el 57% de niños huérfanos menores de 5 años se encontraban en el canal armónico, (eutróficos). El peso corporal se situó entre el percentil 10 y 90 de la distribución del peso para la edad, dos mostraron desnutrición crónica, (29%) por haber padecido diarreas a repetición, resuelto con internación y tratamiento ambulatorio; uno con sobrepeso (14%), sin control ni tratamiento. El 43% contaba con carnet de vacunación completo, debiéndose más a las exigencias para obtener el beneficio de la AUH; que al convencimiento de que el control de salud permitía detectar fallas en el crecimiento y desarrollo; descubrir oportunamente enfermedades, facilitar el diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

En cuanto a enfermedades; el 29% había padecido desnutrición, el 14% neumonías y el 57% otras enfermedades como otitis, resfríos y/o enfermedades diarreicas agudas (EDA) Del 100% de EDA; el 72% había padecido entre 1 y 3 episodios de diarreas agudas

Las condiciones de vida, las deficiencias nutricionales, el hacinamiento, las elevadas temperaturas estivales, la carencia de agua potable, fueron los principales condicionantes de la exposición ambiental a patógenos entéricos, creando un círculo vicioso propicio para las infecciones intestinales.

En la evaluación del desarrollo, se observó que el 100% de los huérfanos habían desarrollado el área personal social acorde a la edad. En el área motricidad fina y motricidad

gruesa el 86% y en el área lenguaje el 42% se encontraban conforme a lo establecido por la norma. Más del 50% presentaba retrasos en el habla, tanto en el lenguaje receptivo como expresivo.

El total de los huérfanos convivían con familias numerosas, con un promedio de 6-8 miembros y el 70% de las familias cuidadoras, se habían convertidas en familias extendidas, con un ingreso promedio de \$ 2888,00. El 75%, vivían casas deficitarias, con una proporción importante de ranchos (25%) cuyas paredes eran de adobe, piso de tierra, techo de chapas o paja; o construidas con materiales de baja calidad y/o de desechos. El 75% vivían con hacinamiento crítico y tenían como acceso sanitario una letrina.

El 100% de las familias de los huérfanos de las madres fallecidas contaban con cobertura brindada en forma exclusiva por el sector público, por lo que tenían dificultades, geográficas, económicas y culturales para acceder a los servicios de salud, viéndose obligados a concurrir a las guardias hospitalarias y/o a curanderos, o resolver las situaciones de enfermedad con remedios caseros.

El 100% de las madres fallecidas de los huérfanos no tenían seguro de salud (lo cual no estaban incluidas en programas que llegan a través del sistema de salud pública, como el Plan Nacer).

El 75% de las familias, perdieron ingresos que generaba el trabajo materno; un 10% señaló que quedaron deudas generadas por el traslado, por la medicación requerida en la urgencia y hasta por el servicio de sepelio.

El 100% de los huérfanos menores de 5 años, se encontraba viviendo con familiares; de ellos, el 8% compartían parte del día la vivienda de sus abuelos y otros familiares, donde eran asistidos diariamente y por la noche recogidos por el padre para pernoctar en la vivienda que habían habitado con su madre. En el 100% de los casos la figura de los abuelos, tanto maternos como paternos, prevalecía como cuidadores. Solo el 37% de las familias, habían accedido a beneficios sociales: Jubilación/pensión; Asignación Universal por Hijo (AUH). Del total de niños huérfanos, un 87% pertenecía familias pobres y el 13% indigentes.

En cuanto a los significados detectados en el discurso de los entrevistados fueron:

Cambios en la vida de las familias cuidadoras. Se encontró que las familias de los huérfanos pasaron a ser familias numerosas y extendidas, generando mayor dificultad económica y vulnerabilidad

Sufrimiento Espiritual de los huérfanos. Se detectaron algunos huérfanos con inestabilidad afectiva, por abandono del padre, mostrando desequilibrio en el desarrollo físico y emocional, provocando dificultades de adaptación al nuevo hogar

Riesgos sin modificar Un 95 % de las familias cuidadoras, responsables de los huérfanos, tenían baja escolaridad para los niveles de educación obligatoria.

Los caminos seguían siendo una barrera infranqueable para la accesibilidad a los servicios de salud. La pobreza, fue aún más empobrecida por la pérdida de ingresos que aportaba la mujer fallecida.

Factores protectores. Se observó que había una coexistencia familiar hecha de arreglos diversos y muy elaborados, compartiendo vivienda y gastos familiares y manteniendo sólidos vínculos a pesar de la precariedad en que vivían, con necesidades básicas insatisfechas, funcionando como redes sociales y económicas. Los que trabajaban aportaban al núcleo familiar. Las familias del interior relataron vínculos más solidarios entre vecinos a la hora de la emergencia.

Las familias cuidadoras muestran fuertes lazos familiares de protección y amparo hacia los huérfanos, siendo los abuelos la figura principal.

“Detrás de cada estadística están las vidas individuales de innumerables niños huérfanos; muchos de ellos afectados por la falta de oportunidades.”

Discusión

El estudio revela que de las 16 muertes maternas en trance obstétrico del 2008 en el hospital de referencia (18) (49), con una proporción importante de embarazos adolescentes (24); reconoce que todas confluyen en determinantes sociales (28) (29) (30) económicos y educativos, de salud y culturales, similares. Muchas viven en el interior (20) en viviendas deficitarias (21) hacinadas y donde la pobreza y/o indigencia se encuentra presente en cada familia estudiada.

Las doce mujeres fallecidas, dejan 51 huérfanos, 7 nacieron en el 2008. La principal causa de muerte es el aborto inseguro (7) Todas carecen de obra social (27) y tienen dificultades para acceder a los servicios de salud de calidad (23) (25) y de bajo costo (19)

En relación a los menores huérfanos de 5 años, que pierden a su madre durante el proceso reproductivo 2008, la mayoría –eutróficos–, se encuentran con un crecimiento acorde a parámetros establecidos por OMS/SAP (46) (47), sin embargo, en su desarrollo, algunos huérfanos presentan retrasos en motricidad fina, gruesa y lenguaje, solo en el área personal social se encuentran, según la normativa de PRUNAPE (48).

Respecto a enfermedades propias de la infancia, (12) prevalecen las respiratorias (13) (neumonías) y diarreicas (EDA) (10) (11) las cuales, algunas las resuelven con internación, otras con tratamientos ambulatorios y/o caseros, o consultas a curanderos (23). El acompañamiento del padre viudo y familiares son claves, para los huérfanos; destacándose el rol de los abuelos/as (34) (35)

La CDN (43) estipula que los niños/as huérfanos/as tiene derecho a ser criados dentro del seno familiar (45), por lo que estas familias necesitan ayuda y tienen derecho a recibirla, sea a través de vivienda, salud, educación, alimentación, etc, como lo establece la ley de Protección a la familia por muerte materna de Mendoza (41) que contempla el interés superior del niño.

La protección social (37) (38) (39) en las familias cuidadoras de huérfanos es escasa (36) puesto que no logran acceder en forma masiva a planes sociales y/o Asignación Universal por Hijo (AUH) (40) por dificultades normativas y/o administrativas. (42) Lograr una protección social para todos, incluyendo a las personas de la economía informal, además de la formal, es un punto crítico para el armado de sociedades más justas, integradoras y equitativas

Las familias cuidadoras entrevistadas, se encuentran con NBI (26), están empobrecidas y manifiestan tener dificultades, geográficas, económicas, educativas y culturales para acceder a la educación y a los servicios de salud de calidad; sin embargo sus miembros, se mantienen unidos y solidarios, en beneficio de los huérfanos.

Conclusión

La situación de salud de los huérfanos, menores de 5 años, en general es satisfactoria, con fortalezas y situaciones de vulnerabilidad, pero con vínculos solidarios y sólidos entre los miembros de las familias cuidadoras; no así su situación social-económica que en la mayoría es crítica. Sus familiares hacen un gran esfuerzo para mantenerlos, con notable presencia de las abuelas, que cumplen con su rol protector. Los derechos de las familias cuidadoras de huérfanos, deben estar garantizados con leyes y programas concretos de ayuda económica, para asegurarles a los huérfanos, una mejor calidad de vida.

Bibliografía

1. Studying Maternal Mortality in Developing Countries World Health Organization, Division o Family Health. 1987
2. Roger W. Rochat, Lisa M. Koonin, Hani K. Atrash, John F. Jewett. Maternal Mortality in the united States: Report From the Maternal Mortality Collaborative. Obstetrics and Genecology. 1988
3. La Prevención de la Tragedia de las Muertes Maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo. Banco Mundial /OMS/UNFPA.1987
4. Naciones Unidas/Presidencia de la Nación. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina. La oportunidad para su reencuentro. 2005/2010/1015) 2003.
5. Lake, Anthony. Director Ejecutivo de UNICEF Comunicado de Prensa del UNICEF Nueva York. http://www.unicef.org/spanish/media/media_55913.html 2010 bajado el 30 /09/011.
6. PNUD. Destrabando el progreso: Aceleración de los ODM en la recta final hacia 2015. Lecciones aprendidas de los países piloto del Marco de Aceleración de los ODM. 2010.
7. Pantelides, Edith y Moreno Martín J. Situación de la población en Argentina PNUD/ UNFPA Emede S.A. Primera edición, Buenos Aires. 2009.
8. UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2008. La Supervivencia de los niños. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2008
9. UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2010. Derechos del niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2010
10. CEPAL-UNICEF Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. La mitad son niños, niñas y adolescentes. Alfabeto. Artes Grafica. Ltda. 2010
11. ONU-CEPAL-UNICEF Mortalidad en la Niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960. 2011.
12. OMS. Tema Salud. ODM 4: reducir la Mortalidad Infantil http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html, 2012. Bajada el 10/4/013
13. OMS Centro de Prensa. Reducción de la mortalidad en la niñez. Datos y Cifras. Nota descriptiva N° 178 en línea 12/09/012 Consultado 5/06/013 Disponible en URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
14. OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 y 2013
15. UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division Levels and trends in child mortality 2013
16. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: Un breve Panorama. 2012
17. CELADE/CEPAL/ONU Estimaciones de la mortalidad en la niñez para los países de la región. 2008
18. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información Básica 2008. (DEIS) Serie 5, N° 52. Buenos Aires 2009
19. Starrs, A. The Safe Motherhood Agenda: Priorities for the Next Decade. New York: Inter-Agency Group for Safe Motherhood, Family Care International. 1998
20. PNUD Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2009 Publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2, El desarrollo humano en Argentina. Edición, diseño y producción Ignacio Camdessus; Carlos Araujo y Marcelo Morán; Sonia Jalfin. Pag 10-19 2009
21. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012 “Niñas y niños en un mundo urbano” Documento impreso. Pag. 1-68. 2012 ISBN: 978-92-806-4599-6.
22. Biaggi, C, Canevari, C, Tasso, A. Cap. I: Los trabajos de las mujeres rurales. Cap: IV. Los derechos humanos de las mujeres rurales; en Mujeres que trabajan la tierra. Un

estudio sobre las mujeres rurales en la Argentina. 1ª edición Argentina. Bs. As. Grafica Santander SRL Pag.19-36; 100-104. 2007

23. Di Lullo, O- Segunda Parte La Medicina popular en Santiago del Estero. Reimpresión. Santiago del Estero Fundación Cultural. Franco Rossi. Casa editora. Pag 26-97. 2010.

24. Banco Mundial. Unidad de desarrollo Medioambiental y Social Sustentable. Región de América Latina. Salud Reproductiva Rural en la Argentina. Provincias de Misiones, Salta y Santiago del Estero. GEA. Bs. As. 2001

25. Ciancia H, Domínguez, A y cols. Morbilidad Severa y Mortalidad Materna en Santiago del Estero. Un análisis de la Situación Provincial. 1ª edición. Santiago del Estero Lucrecia Editorial. Pag. 39-104 2009

26. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC) (2º semestre 2010)

27. OPS/OMS/CEPAL/PNUD III. Organización y cobertura. En: El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Aportes para el Desarrollo Humano. Documento impreso PNUD-Argentina, Autor Editorial PNUD Sexta serie Buenos Aires. Argentina Pag 21-34. 2011

28. OMS/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación resumen analítico Ediciones Journal S.A Buenos Aires Argentina. Pag 1-23. 2009 ISBN 9892 4356 370 1

29. Grupo de trabajo Regional para la Reducción de la MM. Estimaciones de MM en América Latina: Un breve panorama 2012

30. Francisco Ramírez Mejía, Marisabel Rivera†, Reyna Durón‡, Oscar E. Aguilar §, Mariela Fuentes II, César Gómez-, Carlos Claudino, Yolani Batres††, Juan Almendares Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras Rev Médica de Honduras 2003

31. Observatorio de la Seguridad Social-Ansses. Bs. As. Informe: La Asignación Universal por hijo para protección social en perspectiva: La política pública como restauradora de derechos. Ansses. Pag 11-53. 2012

32. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Excluidos e invisibles. 2006

33. CBN. Internacional. Cuidando a los Huérfanos. 2012

34. Domínguez, A y otros. La situación social de los huérfanos de las Muertes Maternas en Santiago del Estero. Revista Argentina de Enfermería N° 27.2005

35. Whitley, D. M. Cuando los abuelos crían a sus nietos: Un llamado a la acción Administration for Children and Families (ACF) Región IV Department of Health-Human Services. USA Pag 1-11 2007

36. Los principales programas de protección social en la provincia de Santiago del Estero, Documento de Trabajo N°66, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires, junio de 2011.

37. OIT/OMS Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva Junio 2010 Documento impreso por OIT .1º edición 2011 Ginebra ISBN 978-92-2-325337-

38. Bonvecchi, A; Smulovit, C. Atender Necesidades, crear oportunidades o garantizar derechos. Visiones sobre la política social. Banco Mundial Serie de documentos de trabajo sobre Políticas Sociales. N° 1. Pag 23-25 2007

39. Tinoco; Elizabeth. Directora Regional de la OIT para América Latina y el Caribe La encrucijada de la seguridad social en línea 26 de octubre de 2012 Consultado 16/11/012 Disponible en URL http://ilo.org/americas/oficina-regional/direcci%C3%B3n-regional/WCMS_192025/lang--es/index.htm

40. Observatorio de la Seguridad Social-Ansses. La inclusión social como transformación: Políticas Públicas para todos. Cuadernillo Julio 2011

41. Ley 7664. Ley de Protección a la familia por muerte materna. Mendoza. 2007

42. Gasparini, Leonardo. Diálogos de Protección Social. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), 2010.

43. Observación General N° 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Comité de los Derechos del niño. 40° Período de sesiones. Ginebra, 2005
44. UNICEF El niño y la niña en la familia El niño o niña privado de atención familiar. en línea Consultado 2/11/010 Disponible en URL http://www.unicef.org/spanish/child_family/22352_24511.html
45. Dowdell EB .Grandmother caregivers and caregiver burden. MCN Am J Matern Nursing Child. Sep-Oct; 29 (5):299-304. 2004
46. OMS/SAP (Sociedad Argentina de Pediatría) Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la evaluación del crecimiento. 2007
47. OPS/MSN. Dr. Enrique O. Abeyá Gilardon; Dra. Elvira B. Calvo; Dr. Pablo Durán; Lic. Elsa N. Longo; Dra. Carmen Mazza. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 2009
48. Lejarraga, H y otros. Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE).Editado por Fundación Hospital de Pediatría. Prof. “Dr. Juan P. Garrahan” 2005
49. Departamento de Estadística. Hospital Regional “Dr Ramón Carrillo”. Santiago del Estero. 2009