

Comentario editorial

Mortalidad infantil de niños de bajo peso al nacer

Dr. Enrique Abeyá Gilardón*

En la primera mitad del siglo pasado, fue Juan Maurín Navarro, un connotado pediatra de Cuyo, el primero en nuestro país en analizar en profundidad la mortalidad infantil, expresando magistralmente los condicionantes sociales a ella asociada y la importancia para dar respuesta a esa problemática de lo que luego se dio en llamar la atención primaria de la salud. Su apasionada y esclarecida visión mereció el reconocimiento y la admiración de los precursores de la pediatría argentina como Aráoz Alfaro, Kreutzer, Garrahan y Escardó, que trascendió los límites del país.

Es precisamente su publicación señera¹ la que da nombre a la sección de Pediatría Sanitaria y Social de *Archivos*, cuyo propósito es brindar un espacio de reflexión y análisis sobre la salud pública para que contribuya a construir una posición crítica, generadora de opinión sobre la realidad nacional, que procure mejorar las condiciones en que los niños viven y las respuestas que la familia, la comunidad y el Estado puedan ofrecerles.

Hoy ese espacio está ocupado por el análisis sobre los cambios en la mortalidad de los niños de bajo peso al nacer en las cinco regiones del país que realiza Pedro de Sarasqueta (páginas 58-61), otro pediatra inquieto y preocupado por lo que les ocurre a los niños más allá de lo que expresen las estadísticas de mortalidad infantil.

Desde 1944, año de los primeros registros nacionales consolidados de mortalidad infantil, la mortalidad posneonatal ha tenido un mayor descenso que la neonatal, y a partir de 1976 ésta es mayor que aquélla. La tasa de mortalidad neonatal ha tenido un descenso

menor y en el período 1990-1999 ha habido un aumento relativo en la mortalidad neonatal tardía. La proporción de recién nacidos de bajo peso se ha mantenido alrededor del 7%, con importante subregistro.

En los últimos años se ha hecho ya evidente la pertenencia de Argentina al grupo de los países en transición epidemiológica avanzada junto con Canadá, Chile, Cuba y EE.UU.;² sin embargo la velocidad de descenso de la mortalidad infantil en Argentina ha quedado muy atrás respecto

de la lograda por esos países y sin alcanzar los bajos niveles de sus tasas. En la alta inequidad de la Argentina es necesario buscar las principales causas, no limitándolas a fallas en la organización y la calidad de la atención médica.

Existen grandes diferencias entre las provincias y las regiones en sus condiciones de vida y en las respuestas de sus servicios de salud, las que determinan un exceso de mortalidad infantil del 50 al 60% en las provincias con peores ingresos per cápita y un aumento de las diferencias regionales en su mortalidad infantil.³

En 1999, sólo el 7% de los nacidos vivos tuvieron un peso al nacer inferior a 2.500 gramos y éstos constituyeron el 59% de los fallecidos. Casi la mitad de todas las defunciones infantiles ocurrieron en la primera semana, 15% en el resto del mes y el 36% en los últimos once meses. La causa principal fueron trastornos asociados con la duración de la gestación, constituyendo aproximadamente un quinto de todas las causas. Estas causas de muerte se concentraron en la primera semana de vida. Las anomalías congénitas, que son la segunda causa, si bien se concentraron en la pri-

Ver artículo
relacionado en
en la página 58

* Consejo Asesor de Archivos Argentinos de Pediatría.

mera semana de vida, presentaron un mayor corrimiento hacia los siguientes períodos. Aunque las afecciones perinatales siguen siendo la principal causa de mortalidad infantil, correspondiendo a casi el 50% de todas ellas, en el último decenio las enfermedades infecciosas y parasitarias pasaron del segundo lugar (12%) al quinto (6%) y las anomalías congénitas, del cuarto (11%) al segundo (21%).

Sarasqueta muestra las diferencias en la disminución de la mortalidad en distintas categorías de bajo peso al nacer entre distintas regiones geográficas y las adjudica a una mejor atención médica con la extensión de los cuidados intensivos neonatales, el uso de los corticoides y el surfactante, la asistencia respiratoria mecánica y el monitoreo del recién nacido grave junto con mayor formación de médicos neonatólogos y enfermería neonatal.

Es notable, sin embargo, que en las regiones en las que más se ha expresado la crisis social y donde más se ha empobrecido la población es donde el descenso de la mortalidad ha sido menor.

En un trabajo previo,⁴ mostramos que la mortalidad infantil tiene diferencias importantes según el nivel de educación de la madre en todas las categorías de peso al nacer. Los niños con un peso al nacer inferior a 2.500 gramos y cuyas madres no han completado la instrucción primaria tienen una mortalidad cinco veces mayor que los hijos de las que han alcanzado la instrucción universitaria (98,5‰ vs. 20,8‰). Esta diferencia también se expresa en la proporción de niños con bajo peso al nacer fallecidos antes de celebrar su primer cumpleaños. Mientras que el 47% de los fallecidos de madres con instrucción primaria incompleta tuvieron un peso al nacer inferior a

2.500 gramos, en el grupo de madres con instrucción universitaria fue de 64%. Es decir que el grupo de los fallecidos con menos de 2.500 gramos de peso al nacer no es homogéneo y presenta diferencias sociales respecto de la población total de nacidos vivos.

En otras palabras, sería muy importante analizar estos cambios en la mortalidad en el último decenio a la luz de los cambios socioeconómicos entre las regiones y en cada una de ellas, observando la distribución de la riqueza producida y como ésta afecta al bienestar del grupo infantil.

Aun así no dejarán de estar presentes las admoniciones que nos hace Sarasqueta; mejorar los estándares de la atención primaria perinatal y posneonatal, mejorar la calidad de la atención, disminuir la morbilidad de los cuidados intensivos y prestar atención a los sobrevivientes con morbilidad crónica.

Estas propuestas deben realizarse con un sentido de equidad, esa es una responsabilidad indelegable del Estado en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal. Es responsabilidad de la comunidad velar, comprometerse e involucrarse para que ese fin se logre.

BIBLIOGRAFIA

1. Maurín Navarro JS. Esquemas de pediatría sanitaria y social. Mendoza, 1956.
2. OPS/OMS. La situación sanitaria y sus tendencias en las Américas. http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_06-s.pdf
3. OPS/OMS Argentina. Situación de salud Argentina 1999. <http://www.ops.org.ar/SituaciónDeSalud.pdf>
4. Abeyá Gilardon E. La mortalidad infantil en la Argentina: necesidad de focalizar acciones por riesgo social y biomédico. Arch.argent.pediatr 1994; 91: 291-9.