

Dime cómo murieron y te diré dónde nacieron

*Dra. Isabel Kurlat**

La mortalidad infantil es uno de los indicadores que caracterizan a un país. En general, cuanto menor es la mortalidad infantil, mejor es el estándar de vida de una población. Hasta el siglo XX, la muerte de un recién nacido era un evento natural. Tal como era natural y habitual que fallecieran cientos de mujeres en el parto y el puerperio.

Durante siglos, esta realidad no reconoció clases sociales. Baste recordar que la Reina Juana de Inglaterra, tercera mujer de Enrique VIII, falleció de fiebre puerperal en las postrimerías del siglo XVI.¹ La capacidad de la medicina para marcar una diferencia era casi nula.

En el siglo XX disminuyó sustancialmente la mortalidad infantil. Como ejemplo, sólo en Estados Unidos de Norteamérica la mortalidad en el primer año de vida bajó desde alrededor de 100/1.000 nacidos vivos blancos en 1915, a 6,0 para la misma población en 1998.² Los desarrollos tecnológicos han avanzado a una velocidad inesperada. La capacidad de la medicina para mantener la vida es enorme y, en teoría, la muerte de un recién nacido debería ser una situación excepcional. La muerte deja de ser un fenómeno esencialmente natural y pasa a ser una decisión ética y médica. Sin embargo, esto es, para muchos lugares del mundo, un enunciado teórico, ya que existe una gran inequidad en el acceso al cuidado de la salud.

Si miramos las cifras de mortalidad infantil y materna, de acuerdo con datos de UNICEF del año 2000 para América Latina, la mortalidad infantil en Brasil triplica la mortalidad en Chile. Además, las cifras de Bolivia son equivalentes a las cifras de los EE.UU. del año 1940.³ Existen regiones del mundo en donde todavía los niños mueren en números excesivos.

Como ejemplo, en Afganistán, la mortalidad infantil llega a 154/1.000 y en Sierra Leona, a 170/1.000. En América, varios países superan la barrera de las 50 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos.³ En ellos, ambos componentes de la mortalidad tienen un peso equivalente. Estas diferencias en la mortalidad están dadas por las circunstancias particulares de vida de estas regiones, por falta de cuidado prenatal y también por una falta de acceso al cuidado médico apropiado. Es seguramente en estos lugares de alta mortalidad en los que el impacto de medidas simples tiene mayor trascendencia. Para atacar la inequidad y el círculo vicioso de pobreza y enfermedad, la OMS, junto con el Banco Mundial, han desarrollado estrategias cuyos fundamentos y posibilidades se describen en el Informe del Banco Mundial del año 1993.⁴

*Ver artículo
relacionado en
la página 261*

La Argentina cabalga entre dos realidades. Es el ejemplo de la fusión de dos contextos político-sociales: el desarrollo y el tercer mundo. Muchas de nuestras unidades de cuidados intensivos neonatales privadas son equivalentes a las unidades del mundo desarrollado. Hay unidades de cuidados intensivos, tanto públicas como privadas, que recuerdan las unidades del comienzo del siglo XX. También hay unidades públicas adecuadamente equipadas en las que falta recurso humano, especialmente de enfermería.

Como dato duro y oficial, podemos mirar las cifras informadas por el Ministerio de Salud para el año 2001⁵ que, a pesar de ser preliminares, son altamente reveladoras. La mortalidad infantil en la Argentina descendió a 16,3 cada 1.000 nacidos vivos. Este dato alentador refleja la profunda desigualdad del sistema cuando se analiza por jurisdicción de residencia. La Ciudad de Buenos Aires tiene los mejores

* División de Neonatología, Departamento de Pediatría, Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia:
División Neonatología.
Correo electrónico:
ikurlat@fibertel.com.ar

resultados, con una mortalidad de 9,6/1.000. Como contrapartida, Formosa supera el 28/1.000. La provincia de Buenos Aires tiene una mortalidad 1,5 veces mayor que la Ciudad de Buenos Aires, con el 36% de los nacimientos y el 32% de las defunciones. La provincia de La Rioja, con sólo 5.800 nacimientos (0,8%) tiene una mortalidad infantil de 23,5/1.000, que representa el 1,2% de todas las defunciones. Es decir, que un niño que va a nacer en la provincia de La Rioja tiene 2 veces y media más de posibilidades de morir que si nace en la Ciudad de Buenos Aires. Estos datos incluyen a los niños nacidos en todos los ámbitos: público, de obra social y privado.

El componente neonatal (0 a 28 días) ha ido aumentando en importancia a medida que disminuía la mortalidad infantil. Según Simmons, las tres estrategias que a lo largo del siglo XX tuvieron mayor impacto en la disminución de la mortalidad infantil fueron los planes de vacunación, los planes de hidratación y nutrición cuando fueron correctamente empleados y la terapia intensiva neonatal. En la actualidad, entre el 50 y 60% de las muertes que se producen dentro del primer año de vida, ocurren, de hecho, en los primeros 28 días de vida.

Algunas de estas muertes son inevitables y se deben a malformaciones incompatibles con la vida o a prematuridad extrema. Las estadísticas publicadas por organismos internacionales muestran que en los países del así llamado "primer mundo" la mortalidad infantil es tan baja como 4/1.000.⁶ Este es casi el nivel de muertes inevitables.

En este volumen de Archivos Argentinos de Pediatría los Dres. Postolow y Lavorita⁷ dirigen su mirada hacia la forma en que fallecen los niños en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Bajo la hipótesis de que la mayoría de los niños podrían y deberían sobrevivir, muestran que esto es correcto en más del 60% de los pacientes. Este enfoque puede encuadrarse dentro del análisis clásico de riesgo. Si sabemos qué está pasando podemos desarrollar las estrategias necesarias para revertir la situación.

Como ejemplo de la importancia de la planificación podemos tomar sólo el diagnóstico de causa de muerte que investigaron los autores en el trabajo que aquí presentan. El 40% de los pacientes que mueren durante

la reanimación, muere como consecuencia de una infección hospitalaria. Esta patología está directamente ligada a la calidad de la asistencia y a la disponibilidad del recurso humano de enfermería. Ya en el año 1982, Haley⁸ y col. demostraron la relación directa entre el número de pacientes, el número de enfermeras y la incidencia de infección. Datos obtenidos por la Dra. Bollentini⁹ demuestran una relación directa entre la escasez reiterada de enfermeras (e insumos) y la aparición de nuevos casos de infección nosocomial.

La mayoría de las UCIN del sector público tiene déficit crónico de enfermeras. Un relevamiento preliminar reciente de los servicios de maternidad de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires muestra que en uno de los servicios con más de 3.000 partos al año, el número de enfermeras por turno es desigual. En este contexto, hay turnos con sólo 5 enfermeras para atender un promedio de más de 30 pacientes.¹⁰

Las causas de este déficit de recurso humano en enfermería son múltiples. Analizarlas excede la posibilidad de este comentario. Pero tal vez la causa más importante sea una pobre estimación de las necesidades reales del país y del costo que realmente tendría para el Estado adecuar el número de enfermeras a las necesidades.

Esto no ocurre en el subsector privado de salud que atiende a los afiliados a los sistemas de medicina prepaga y en los que hay una adecuada cantidad de enfermeras para el número de pacientes internados. El número excede el establecido por la normativa perinatal, ya que para la planificación del número de enfermeras se toma en cuenta la carga de trabajo que insume cada paciente. Como consecuencia de esto, y señalando las agudas inequidades que hay en la salud pública,³ la mortalidad en pacientes neonatales del subsector es equivalente a la de los países desarrollados y sólo beneficia al quintil superior de la población. Probablemente la filosofía que hay detrás de esta correcta distribución de recursos humanos tiene que ver con la necesidad de retener al "cliente" dentro del sistema. El gasto en recursos humanos deriva en una inversión rentable.

El Estado no necesita retener a sus "clientes". Estos, sobre todo en las circunstancias actuales, son cautivos. Invertir en recursos humanos se considera como gasto y no como

inversión. Sin embargo, un análisis mínimo de costos permitiría asignar mejor los recursos. De los datos obtenidos durante el año 2001 en el Hospital de Clínicas, sólo el gasto en antibióticos de amplio espectro y alto costo para tratar las infecciones nosocomiales en Neonatología, fue equivalente al sueldo de 15 enfermeros.¹¹ Para la correcta atención neonatal, sólo hubieran hecho falta 6 nombramientos. Sin contar el resto del gasto atribuible a la infección adquirida en el hospital, el Estado se hubiera ahorrado miles de pesos y los pacientes y padres, mucho sufrimiento, difícilmente transformable en unidades mensurables.

Seguramente parte de ese "gasto" en personal podría traducirse en años potenciales de vida salvados.

Se sabe, con un margen de error aceptable, cuántos argentinos y argentinas van a nacer en el lapso de 12 meses. Se puede estimar también cuántos de estos ciudadanos van a requerir algo de asistencia neonatal, y cuántos van a requerir mucha asistencia neonatal. Basados en los postulados de Alma Ata –Salud para todos en el año 2000– y en los conceptos de asistencia por niveles de complejidad, el gobierno debería poder prever las necesidades para la correcta asistencia de los niños que nacen, teóricamente, bajo su protección. Esto implica el desarrollo de estrategias simples de saneamiento ambiental que mejoren las condiciones de vida de la población a un costo por año ganado totalmente irrelevante. También implica mejorar el acceso de las madres a la atención prenatal y el establecimiento de políticas reales y no declamativas de protección a la maternidad y la infancia. Esto incluye la adecuada dotación de recursos humanos, técnicos y materiales para las maternidades de bajo y mediano riesgo y para las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Si esta planificación existiera, si efectivamente se pudiera prevenir este exceso de mortalidad atribuible a la infección intrahospitalaria, solamente en el Hospital de la Universidad de Buenos Aires hubieran fallecido sólo 7 de estos 20 recién nacidos. Si las cifras del Hospital fueran extrapolables a la población general, se podría disminuir la mortalidad neonatal de 14-15/1.000, a cifras menores a 10/1.000.

Revertir esta situación depende más de

decisiones políticas que de esfuerzos personales. La mejora de la asistencia neonatal e infantil no es sólo la incorporación de más tecnología. Es muy especialmente la planificación de toda la asistencia prenatal y perinatal y del cuidado de la salud de los niños en los primeros años de la vida lo que va a marcar la diferencia en el futuro de las generaciones de argentinos.

Es hora de que el enunciado de un sistema de salud equitativo, universal y solidario deje de ser una utopía en la República Argentina.

Dijo John F. Kennedy en la década del 60 "... la calidad de un país se mide por la forma en que trata a sus ciudadanos más débiles y dependientes: los niños..."

BIBLIOGRAFÍA

1. Alison Weir. *The six wives of Henry VIII*. New York: Ballantine Books, 1993: 369.
2. Guyer B, Freedman MA, Strobino DM, Sondik EJ. Annual summary of vital statistics: trends in the health of Americans during the 20th century. *Pediatrics* 2000; 106(6):1307-1317.
3. Pan American Health Organization. Annual Report of the Director-2000. *Advancing the people's health: Pan American Health Organization*, 2000.
4. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial. Washington DC. US: Banco Mundial, 1993.
5. Dirección de Estadísticas. Ministerio de Salud. República Argentina. Estadísticas. Nacidos vivos, defunciones de menores de 1 año y tasa de mortalidad infantil, por año de registro (2001). [en línea] Ministerio de Salud, República Argentina, 2002. <http://www.msal.gov.ar/hm/site/tablas_estadistica.asp> [Consulta: marzo de 2003].
6. World Health Organization. The World Health Report 1999: Making a difference. [en línea] WHO, 2001:39 <<http://www.who.int/whr2001/2001/archives/1999/en/pdf/whr99.pdf>> [Consulta: marzo de 2003] Statistical annex. [en línea] WHO, 2001:1-37 <<http://www.who.int/whr2001/2001/archives/1999/en/pdf/StatisticalAnnex.pdf>> [Consulta: marzo de 2003].
7. Postolow F, Lavoria D. Morir en un servicio de cuidados intensivos neonatales en la República Argentina. *Arch.argent.pediatr* 2003;101:263-266.
8. Haley RW, Bergman DA. The role of understaffing and overcrowding in recurrent outbreaks of staphylococcal infection in a neonatal special-care unit. *J Inf Dis* 1982; 146(6):875-885.
9. Bollentini C y col. Cuando no se cumplen las normas ¿se cumplen las profecías? SLAIP-XL Reunión Anual, Pinamar 2002.
10. Chomski B. Red de neonatología. Relevamiento de servicios de neonatología 2002, GCBA. Comunicación personal.
11. Kurlat y col. De enfermeros, antibióticos e infecciones: Si los administradores administraran. SLAIP. XL Reunión Anual. Pinamar 2002.