

REFLEXIONES ACERCA DE LA MORTALIDAD INFANTIL (AÑO 2002) EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL RAMOS MEJÍA.

Autores: Dr. Abel Luis Agüero*, y Lics. Marta Fernández,** Susana Müller**, Susana Muñoz***, María A. Pastor****, y Leila Mir Candal*****

*Dr. en Medicina. **Lics en Trabajo Social. ***Lic. en Enfermería. ****Psicóloga Social. *****Lic. en Ciencias Antropológicas.

Introducción: La reciente publicación de los datos oficiales acerca de la mortalidad infantil en el área programática del Hospital Ramos Mejía, despertó en los autores de la presente comunicación dos inquietudes complementarias. La primera de ellas fue la de investigar, mas allá de la fría cifra de los decesos la causa de los mismos; y la segunda fue la de determinar (pese a que hayan transcurrido dieciocho meses desde entonces), algunas orientaciones acerca de los factores de riesgo, que permitieran mejorar las acciones de salud en este tópico.

De la información obrante en el Programa Materno Infantil de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad, se desprende que en el curso del período de enero a diciembre del año 2002 se produjeron 46 muertes de menores de un año que tuvieron domicilio en los límites del área programática del Hospital. A su vez las mismas fueron desagregadas en 1) mortalidad neonatal precoz (NP), considerándose como tales a las ocurridas en los primeros siete días de vida, 2) neonatal tardía (NT) que abarca a las ocurridas desde los siete a los veintiocho días, y 3) postneonatal (PN) a las que ocurrieron en el período entre el primer mes y el año de vida.

Resulta de sumo interés el conocer los lugares de atención de los pacientes fallecidos, el que según los datos del Programa Materno Infantil fueron los siguientes:

Tabla Nº 1
Mortalidad infantil según subsectores de salud

Tipo de mortalidad	Subsector Público	Obras Sociales y efectores privados	Total
neonatal precoz	11	11	22
neonatal tardía	7	8	15
postneonatal	8	1	9
TOTAL	26	20	46

Fuente: Programa Materno Infantil del GCBA

Como es consenso general, el problema de la mortalidad infantil no es de resorte exclusivo de la medicina, razón por la cual para efectuar su estudio en el área programática del Hospital será necesario realizar una breve descripción del estado socio-económico-cultural de la población a servir.

El área programática del Hospital Ramos Mejía se encuentra delimitada por las calles Av. 9 de Julio, Córdoba, Boedo-Bulnes y Garay. Comprende en su totalidad al territorio del Centro de Gestión y Participación (CGP) Nº 2 Sur, y parcialmente a los CGP 1 y 4. (1). Según consta en la *Guía de Servicios y Actividades 1999-2000*, publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2), la población del área programática del Hospital era, según el censo de 1991, de 333.138 personas distribuidas en los siguientes grupos étnicos:

Tabla Nº 2

Población según edad del área programática del Hospital Ramos Mejía

Edad	0-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-64	65 y +	TOTAL
	19.656	17.946	19.259	22.249	139.738	55.923	58.367	333.138

Fuente: *Guía de Servicios y Actividades 1999-2000*. Gobierno de la Ciudad de Bs. As..

A su vez, la distribución poblacional en los distintos barrios que integran el área muestra una densidad mayor en el CGP. 2 Sur (de 21,69 a 34,66 habitantes por Km cuadrado), siguiéndolo el CGP. 1 (de 13,69 a 15,32) para terminar con el CGP. 4 (de 9,71 a 13,67). (3)

Es de hacer notar que, además de la población estable de nuestra área, debe contabilizarse durante las horas de labor de la semana una gran cantidad de personas que transitan o trabajan en la misma, especialmente en lugares de gran afluencia de público como Congreso, Once o Tribunales por mencionar solamente algunos de ellos. Esta plétora de transeúntes puede fácilmente duplicar la cantidad de población que potencialmente requerirá servicios de salud locales. Además, dentro de los vecinos con domicilio en el área debe tenerse en cuenta una franja que presenta una amplia movilidad y que está representada por los residentes en hoteles-inquilinatos, y en casas intrusadas.

El análisis de las cifras demográficas expuestas caracteriza a la población del área como integrada en una fuerte proporción por adultos, entre los cuales un grupo notorio de los mismos está conformado por mayores de 65 años. Su estructura por sexo marca un predominio del sexo femenino que aumenta con la edad hasta duplicar el número de mujeres a los varones en los mayores de 65 años. (4)

Las nacionalidades de los vecinos muestran a su vez un 11% de extranjeros entre los adultos, frente a un 22% entre los gerontes; dato este último que puede resultar inválido si se considera que desde 1996 hasta la actualidad ha habido un importante aporte inmigratorio proveniente de los países vecinos, especialmente de Perú y Bolivia. Si al dato de la migración externa le sumamos el de los migrantes internos podremos completar aún más el cuadro de situación. Entre argentinos provenientes del interior del país y extranjeros se encuentran algunos barrios como el de Balvanera, donde un 52% de la población era migrante absoluta y de entre ellos la mitad eran migrantes recientes, o sea con menos de cinco años de residencia en la Ciudad. Es de suponer las dificultades que la transculturización puede producir en este último grupo y sus repercusiones en la salud de los mismos. (5)

Cerca de un 97% de los niños del área asisten normalmente a su escolaridad primaria, lo que muestra un preocupante 3% (o tal vez más desde la época en que se efectuó la medición) de desgranamiento escolar. El dato anterior puede a su vez tener relación, entre otras variables, con el régimen de composición familiar. Un 63,5% de la población posee hogares nucleares, frente a un 20,5% de hogares extendidos y un 11% de hogares unipersonales, quedando un 5% para otros tipos de regímenes domésticos. (6)

Una marcada diferencia con respecto a las cifras medias de la ciudad se encuentra en las características de vivienda. Un 85% de la población vive en departamentos frente a una media urbana de del 73%. Como consecuencia, las casas habitación solamente tienen un peso del 8%, en tanto que la media de la ciudad para este tipo de vivienda era según el último registro censal de 21,4%. El 5% de la comunidad habita en inquilinatos, lo cual representa el 36% de los pobladores de inquilinatos de la capital. El resto de los vecinos se distribuye entre otras formas de

vivienda de entre las cuales se destacan las casas intrusadas, los baldíos, la calle, y otras viviendas con necesidades básicas insatisfechas. En este sentido, el índice de hacinamiento del área oscila, según el tipo de vivienda entre los rangos del 49 al 31%, frente a una media para la capital de 18,8%. Es de hacer notar asimismo que, el 37% de la población porteña que carece de aguas corrientes y cloacas se encuentra en los Distritos Escolares de nuestra área programática, y que el 30% de los ocupantes de hecho de la ciudad se concentra en la misma zona.(7). Dado el tiempo transcurrido entre que estos datos fueron relevados y la época actual, y teniendo en cuenta las sucesivas crisis soportadas desde entonces, es probable que ellos sean aún peores. Valga como ejemplo de lo dicho lo siguiente: en la *Síntesis estadística del año 1998* de la Secretaría de Salud de la Ciudad se informa que el 13,2% de la población del Sistema Urbano de Salud (SUS) Nº 2, que abarca las áreas de los hospitales Argerich, Penna, y Ramos Mejía, poseen necesidades básicas insatisfechas (NBI), en contraste con la media de la ciudad que era de 7,4% y constituyendo la más elevada proporción de NBI de la Ciudad de Buenos Aires.(8) A su vez, la *Síntesis estadística 2001* hace saber que con respecto a la constitución familiar los recién nacidos extramatrimoniales de la zona sur son casi 20 puntos más que sus similares de la zona norte. (9) Finalmente, en este último informe se destaca también que la zona sur de la ciudad es la que presenta el menor índice de instrucción general y materna, dato este último de la mayor importancia si se tiene en cuenta el consenso mundial acerca de que el grado de instrucción de la madre es uno de los factores fundamentales en el mejoramiento de la salud de la familia. (10).

Circunscribiéndonos al tema de la mortalidad infantil, el *Informe estadístico 2001* presenta los datos correspondientes al año 1999. En el mismo, el total de las muertes de menores de un año fue de 424 defunciones, de las cuales 160 ocurrieron en la zona norte, con una tasa de mortalidad de 7,5 por mil, en tanto que el sur registró 217 fallecimientos con una tasa de 12,1, quedando 47 infantes sin poder tabularse por falta de registros correctos. Analizando la mortalidad infantil por áreas programáticas se encuentra que el hospital con mayor cantidad de casos es Piñero con 67 fallecimientos, seguido por el Ramos Mejía con 50 y el Fernández con 48; en el otro extremo de la tabla se ubican el Zubizarreta con 3 casos y el Vélez Sarfield con 11. (11).

Voviendo al objeto del presente estudio (mortalidad infantil en nuestra área en el año 2002) se pueden seguir recabando otros datos de interés para el conocimiento del problema. Así pues, se ha podido investigar no solamente los lugares de atención de los occisos, como se expuso en la Tabla Nº 1, si no también si en el momento de su muerte estaban o no internados. De los cuarenta y seis fallecimientos, dos se produjeron en su domicilio del barrio de Balvanera y en un caso no fue posible determinar el lugar del óbito, todas las otras defunciones sucedieron en niños internados.

Es interesante constatar que si se toman en cuenta los domicilios de los fallecidos la mayor proporción de los mismos se produjo en Balvanera, y luego en un número decreciente en San Nicolás, Monserrat, Constitución, Boedo y San Cristóbal, sin que la dispersión de estos domicilios muestre alguna tendencia significativa.

Agregando a las muertes según la edad las causas de las mismas, y el efector donde se produjeron (lo que solamente se pudo hacer en el subsector público) se obtendrán los resultados que se exponen en las tablas 3, 4, y 5. Cabe destacar que se buscó clasificar las causas de muerte según fueran evitables o no evitables, pero con el tipo de información existente en el Programa Materno Infantil de nivel central no fue

posible adoptar el criterio de codificación requerido por la Clasificación Estadística Internacional CIE-10 de la O.M.S.- O.P.S.

Tabla N° 3
Subsector Público: mortalidad neonatal precoz por efector

Causa de muerte	Efector
Polimalformado	Hosp. Ramos Mejía
Polimalformado RNT	Hosp. Ramos Mejía
Prematurez extrema. Sepsis.	Hosp. de Clínicas
Insuficiencia cardíaca. Sepsis	Hosp. de Clínicas
Coagulación intravascular diseminada	Hosp. Sardá
Síndrome genético	Hosp. Sardá
Polimalformado	Hosp. Sardá
Prematurez. Sepsis	Hop. Argerich
Prematurez: Dificultad respiratoria	Hosp. Rivadavia
Prematurez extrema	Hosp. Fernández
Prematurez	¿?
Total	11 casos

Fuente: Programa Materno Infantil. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla N° 4
Subsector Público: mortalidad neonatal tardía por efector.

Causa de muerte	Efector
Cardiopatía congénita. Sepsis	Hosp. Gutiérrez
Cardiopatía congénita compleja	Hosp. Gutiérrez
Pretérmino. Sepsis	Hosp. Rivadavia
Prematurez extrema. Sepsis	Hosp. Rivadavia
Pretérmino. Insuficiencia renal aguda	Hosp. Fernández
Hemorragia cerebral.Fallo	Hosp. de Clínicas
Multiparequimatoso.	
Cardiopatía congénita. Atresia pulmonar.	Hosp. Elizalde
Total	7 casos

Fuente: Programa Materno Infantil. Secretaría de Salud. GCBA.

Tabla Nº 5

Subsector Público: mortalidad posneonatal por efector

Causa de muerte	Efector
Displasia broncopulmonar	Hosp. Gutiérrez
Shock séptico	Hosp. Gutiérrez
Congestión y edema pulmonar	Hosp. Gutiérrez
Sind. genético. Encéfalopatía crónica	Hosp: Elizalde
Congestión y edema pulmonar	Hosp. Elizalde
Neuropatía bilateral. Cardiopatía congénita	Hosp. Elizalde
Insuficiencia cardíaca	Domicilio
Congestión y edema pulmonar	Domicilio
Total	8 casos

Fuente: Programa Materno Infantil. Secretaría de Salud. GCBA.

Discusión y conclusiones: Los datos que se han expuesto permiten realizar una primera aproximación al problema y bosquejar un principio de soluciones para el mismo. En primer lugar, del análisis de los factores socio-económico-culturales de la población a servir se desprende que gran parte de la misma lo constituye un grupo humano con predominio de adultos y con una importante componente de gerontes que cuentan con escasos recursos materiales, y presentan necesidades básicas insatisfechas y poco acceso a la educación, circunstancias que dificultan su buen estado de salud y la obtención de una satisfactoria calidad de vida.

Pasando ya al análisis de las cifras de mortalidad infantil, llama la atención el importante peso que posee en ellas la mortalidad infantil precoz (37 casos sobre un universo de 46 óbitos) y dentro de ella la mortalidad neonatal con 22 muertes registradas. Si a su vez se pasa al análisis de las causas de muerte ocurridas en nuestros hospitales, y suponiendo que no hubiera diferencias con los otros subsectores, es significativa la frecuencia del diagnóstico de prematurez y malformaciones o genetopatías en los fallecidos antes de la semana de vida. En efecto: de los 11 pacientes con muerte neonatal precoz presentaban prematurez 5 neonatos, mientras 4 padecieron de malformaciones o genetopatías. En el resto de los infantes muertos hasta el año las causas de óbito presentan una dispersión tanto mayor cuanto más edad presente el paciente. Así pues de los 7 niños con muerte neonatal tardía 3 presentaban cardiopatías congénitas y otros 3 tenían diagnóstico de pretérmino o prematuros. En el grupo de neonatos tardíos llama asimismo la atención el desfase existente entre la cantidad de muertes en hospitales públicos comparada con la de los otros subsectores (8 casos a uno), sin que se hayan podido encontrar con los elementos a nuestra disposición indicio alguno que justifique el hecho.

Es importante destacar que al no haber podido contar con las cifras de recién nacidos vivos del año 2002, no hemos podido sacar la tasa de mortalidad infantil correspondiente. Sin embargo los datos publicados nos autorizan a realizar algunas conclusiones provisionarias. La gran mortalidad infantil precoz puede sugerirnos o bien un importante componente de accidentes obstétricos o un escaso control de las embarazadas. Dado que los partos registrados fueron todos realizados en instituciones de salud, la primera alternativa quedaría descartada, aceptándose como causa más probable el escaso control previo, idea que se refuerza al advertir el importante peso que tuvo la prematurez entre las causas de muerte. Respecto de las malformaciones registradas, su

incidencia merecerá un estudio posterior para dilucidar si han sido por causas aleatorias o por la presencia de algún factor de riesgo específico. Llama también la atención la escasa participación del Hospital Ramos Mejía en la atención de estos niños.

Concentrándonos entonces en el problema de lograr un correcto control del embarazo se tendrá en cuenta que para lograr el mismo se debe mejorar la accesibilidad a los servicios e inducir la demanda de los mismos. Para lograrlo se han ideado medidas concretas como por ejemplo la solicitud de una obstétrica para desempeñarse en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 11 de la calle San Luis esquina Agüero, o bien de promoción de los controles de mujeres en edad fértil y embarazadas. Para esto último, el equipo realizó un informe detallado con la totalidad de calles y sus numeraciones que corresponden a nuestra área programática, el que fue puesto a disposición del Programa Materno Infantil para realizar su incorporación a la base de datos del Programa. Respecto del barrio de Balvanera sur se efectuó una actualización del relevamiento de 114 manzanas, destacando viviendas, pensiones, y baldíos habitados por una población con alta vulnerabilidad social, lo cual se completó con un registro de las instituciones de la zona con el fin de tomar contacto con ellas para realizar acciones conjuntas. Para ello se ampliaron las acciones dirigidas a la promoción y prevención primaria de la salud de la mujer en edad fértil. Los ámbitos seleccionados correspondieron a una ONG destinada a la promoción de la mujer y a un comedor comunitario con una población asistida de aproximadamente 120 personas.. En ambos se confeccionó una planilla con el objetivo de conocer el estado de salud de las asistentes, la cantidad de embarazos, los controles, la utilización de métodos anticonceptivos, el peso la talla y la tensión arterial; asimismo se orientó a las usuarias para lograr la correcta utilización de los servicios hospitalarios, incluido el Plan de Médicos de Cabecera, el Programa de Procreación Responsable, y los servicios de ginecología y obstetricia.

Como primeros resultados de este programa se pueden mencionar: la mayoría de las concurrentes pertenecen a una franja etárea de 30 a 40 años, siguiendo en número la cohorte de 20 a 30 años. En su mayoría las asistentes son madres con más de un hijo no hallándose en este momento ninguna embarazada de riesgo. Más del 50% han sufrido abortos por distintas causas (antes del primer trimestre, embarazo ectópico, etc.) y como método anticonceptivo se observa que el más extendido es el uso del condón, habiendo un cierto desconocimiento de los otros procedimientos. La mayoría refiere haber controlado sus embarazos en forma periódica en los hospitales públicos y, como resultado de las acciones previas realizadas, aproximadamente la mitad de la población se encuentra afiliada al Plan de Médicos de Cabecera., en tanto que el resto carece de cobertura, siendo ínfima la cantidad de poseedoras de una cobertura de obra social.

A su vez el Plan de Médicos de Cabecera ha comenzado un programa de charlas acerca de la salud sexual femenina y la procreación responsable, siendo alentador percibir que a las mismas no solamente concurren las señoras si no que han comenzado a asistir acompañadas por sus esposos.

Finalmente, para profundizar lo acaecido con las muertes infantiles y determinar cuáles podrían haberse evitado, se debería reconstituir la historia de cada fallecimiento ateniéndose a la bibliografía marco que utiliza el Programa Materno Infantil del GCBA, *¿Porqué Mueren Los Niños?*(Buenos Aires. UNICEF de Argentina. 2000). Para este propósito se deberá capacitar a un equipo interdisciplinario, además de sensibilizar a todos los efectores para lograr el abordaje integral de este complejo problema como propone la UNICEF.

Notas:

- (1) Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Hacienda y Finanzas. *Anuario Estadístico 2000-2001*. Buenos Aires. Año 2002.
- (2) Buenos Aires. Secretaría de Salud. Dirección de Acción Comunitaria. Diciembre de 1999.
- (3) *Buenos Aires indicadores 02*. Gobierno de la Ciudad. Coordinación del Plan Estratégico de la Ciudad de Buenos Aires. Diciembre de 2002.
- (4) INDEC. *Censo de Población y Vivienda*. 1991.
- (5) Ibidem.
- (6) Ibidem.
- (7) Ibidem.
- (8) Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Estadísticas para la Salud. *Síntesis Estadística 1998*. Bs. As. 1999.
- (9) Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Estadísticas para la Salud. *Síntesis Estadística 2001*. Bs.As. 2002.
- (10) Ibidem.
- (11) Ibidem.

Los autores quieren expresar su más profundo agradecimiento a los integrantes del Programa Materno Infantil del GCBA, al Departamento Materno Infantil del Hospital, y a la División Pediatría del mismo por la invaluable ayuda prestada.