

Es reducible aún la Mortalidad Infantil en Costa Rica

¹ Dr. Lenín Sáenz J.

Resumen

Las bajas tasas de mortalidad infantil que ha alcanzado Costa Rica, hacen dudar de la posibilidad de reducirlas aún más. Aunque existen cifras menores en varios países industrializados, ellas coinciden con un aumento de la proporción de defunciones causada por daños que demandan una atención altamente especializada, de alto costo, difícil de financiar por una nación pobre.

Tomando en consideración que las mayores causas de defunción varían en los distintos períodos que conforman el primer año de vida, y que las posibilidades de reducir la mortalidad infantil, en un momento determinado, dependen de la proporción de muertes que se produzcan en cada uno de esos períodos por causas posibles de reducir, o de evitar con los recursos técnicos disponibles de acuerdo con las posibilidades que permita la economía nacional. En este artículo se revisan esas proporciones.

De ese análisis se concluye que, en Costa Rica, aún pueden reducirse alrededor de un 25% la mortalidad infantil, si se concentran los esfuerzos en el desarrollo de actividades del tipo de las que se indican, para reducir los daños prevalentes, que el país estaría con posibilidades de llevar a cabo con sus recursos limitados.

Introducción

Ante las tasas de mortalidad infantil que ha alcanzado Costa Rica, surgen serias dudas sobre la posibilidad de reducirlas aún más, mientras subsistan las condiciones económicas actuales. Aunque en varios países industrializados ha sido posible disminuirlas a cifras menores, resulta difícil lograrlo porque, cuando se alcanzan niveles bajos, como los que ya muestra nuestro país, una gran proporción de las defunciones es causada por daños que demandan una atención altamente especializada, de alto costo, que se cree que una nación pobre no puede financiar.

Al estudiar la posibilidad de reducir esta mortalidad, se debe tener presente que las mayores causas de defunción varían en los distintos períodos que conforman el primer año de vida. Es ampliamente conocido que en la mortalidad residual, o posneonatal -que se produce después de los 28 días- la mayoría de las defunciones son causadas por enfermedades, como las infecciosas y parasitarias, relacionadas con condiciones deficientes del medio ambiente, cuya reducción es más fácil y de menor costo, mientras que en la neonatal -que ocurre antes de los 28 días- la mayoría de las muertes se debe a dos grandes grupos de causas: unas relacionadas con factores genéticos y otras asociadas con deficiencias en la atención del

¹ Director de la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud.

embarazo, del parto y del recién nacido. Además, ante las diferencias de recursos que demanda la atención de los daños que integran cada uno de esos grupos, sus costos elevados y el crecimiento relativo que ha venido adquiriendo la mortalidad neonatal en las dos últimas décadas, al estudiar esta última, es necesario analizar los dos períodos en que se subdivide: entre los siete y los 28 días de vida (mortalidad neonatal tardía); y entre el nacimiento y el séptimo día de vida (mortalidad neonatal temprana o precoz). Las posibilidades de reducir la mortalidad infantil, en un momento determinado, dependen de la proporción de muertes que se produzcan en cada uno de esos períodos por causas reducibles, o evitables con los recursos técnicos disponibles y las posibilidades económicas existentes. En este ensayo, se revisan esas proporciones.

Material y Métodos

Para la elaboración de este artículo, se utilizó información básica, que procesó el autor para su análisis específico, obtenida de anuarios estadísticos y de tabulaciones de la Dirección General de Estadística y Censos, así como de "Memorias" del Ministerio de Salud; además, de publicaciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y de tabulaciones sobre la mortalidad de la población menor de un año, elaboradas por ese Departamento y por la Unidad Sectorial de Planificación de este Ministerio. Para comprender la evolución de la mortalidad infantil y sus componentes en las últimas décadas, se revisó todo el material; para analizar su situación actual y las actuales causas de muerte, entre los datos disponibles de los tres últimos años, se incluyó un documento del Departamento mencionado, en proceso de publicación (5).

Con base en esa información, se

identificaron las principales causas de defunción que se podrían reducir en cada uno de los períodos comprendidos en el primer año de vida, y la proporción en que se podría lograrlo, de acuerdo con las posibilidades económicas y tecnológicas de Costa Rica. Para hacerlo, se utilizaron los criterios de una Comisión que se creó, en 1994, para recomendar una política de reducción de la mortalidad infantil, integrada por profesionales especializados en atención materna e infantil y en planificación de la salud, en la que le correspondió participar al autor. Además, se buscó información actualizada similar a la empleada por ese grupo de trabajo. De acuerdo con esos criterios, la posibilidad de reducción varía para cada una de esas causas, entre 25% y 40%, pero en algunos casos llega hasta 75%.

En cada período, se analizó el número de defunciones reducibles de acuerdo con tales criterios, se revisó la acción necesaria para disminuirlas, y se calculó la proporción que representan en ese período.

Resultados

En la evolución del nivel y la estructura de la mortalidad infantil en Costa Rica, se destacan los cambios, cuantitativos y cualitativos, que ha experimentado desde la década de los 70.

En lo cuantitativo, en aquel decenio, la tasa descendió desde 61,5 por mil nacidos vivos hasta cifras próximas a los veinte por mil (12), gracias a una gran aceleración de su reducción anual. Esta declinación, que desde los años 40 había sido, en promedio, de 1,8% (10), se elevó a 7,8% entre 1970 y 1975, y a 10,2% entre 1975 y 1979. A partir de entonces, ha continuado en una forma irregular, como se aprecia en el cuadro 1.

En lo cualitativo, como se muestra en ese mismo cuadro, a partir de aquella década, la mortalidad residual comenzó a perder importancia, de manera que, mientras en 1965 representaba el 64,2% de la infantil, en 1994 sólo equivalía al 31,2% de ella, mientras la neonatal ha venido adquiriendo un peso cada vez mayor, al pasar del 35,7% al 68,7%, en el mismo período. Además, se han reducido las muertes infantiles causadas por enfermedades que pueden prevenirse por medio de vacunación o de acciones de saneamiento ambiental básico (9), y aumentado las que requieren estudio y consejo genético, adecuada atención del embarazo y del parto de la madre, y buena atención del recién nacido.

Esta situación se debe tomar en consideración al analizar las principales causas de defunción predominantes en cada uno de los períodos antes señalados.

En lo referente a la **mortalidad neonatal**, su aumento proporcional ha conducido a que, actualmente, el 68,8% de los nacidos vivos que mueren lo hagan antes de los 28 días. El 53,6% de ellos fallece en el transcurso de su primera semana de vida, y un poco más de la mitad de estos, en el primer día. En consecuencia, cualquier reducción significativa de la mortalidad infantil depende mucho de la posibilidad de actuar de manera efectiva sobre las mayores causas de defunción en ese período.

En 1994, la tasa de mortalidad neonatal fue de 8,94 por mil n.v. Al compararla con las de 1984 y de 1989, que fueron de 11,65 y de 8,84 por mil, respectivamente, se aprecia que su reducción ha perdido velocidad en los dos últimos quinquenios, hasta llegar prácticamente a su estancamiento en el último. Esta tendencia ha sido fuertemente influenciada por la **neonatal temprana o precoz**, que constituye el 78% de ella: después de que declinó, desde 9,6 en 1984 a 7,0 en 1989, prácticamente se ha estancado desde entonces, y su tasa fue, en 1994, de 6,97 por mil n.v.

En lo referente a sus causas, de las 719 defunciones neonatales que se produjeron en **1994**, con medidas adecuadas, se podrían evitar 183, o sea un 25,41%. En el cuadro 2, se desglosan las causas posibles de reducir con las posibilidades económicas y tecnológicas de Costa Rica y sus porcentajes de posible reducción. La mortalidad precoz estuvo constituida por 560 muertes, de las cuales, con medidas adecuadas, se habrían podido evitar 145, o sea un 25,9% (ver el cuadro 3). Las otras 159 defunciones correspondieron a la mortalidad neonatal tardía; de ellas, con medidas adecuadas, se podrían evitar 38, o sea un 23,65% (ver el cuadro 4).

Al estudiar la mortalidad neonatal, es conveniente revisar la perinatal, por su íntima relación con ella, de la cual forma parte, al extenderse desde la semana 28 de gestación hasta el séptimo día de vida. En consecuencia, esta revisión incluye la mortalidad fetal tardía, que ocurre entre la semana 28 de gestación y el nacimiento.

La reducción de la mortalidad perinatal ha disminuido su velocidad en los dos últimos quinquenios. Su tasa, de 19,4 por mil n.v. en 1984, descendió a 16,6 por mil, en 1989, y a 15,7 en 1994. De manera similar, también ha descendido la fetal tardía: de 9,8 en 1984, a 9,5 y a 8,7, en 1989 y 1994, respectivamente. En **1994**, la **mortalidad fetal tardía** constó de 702 defunciones, de las cuales se podrían haber evitado 190, o sea un 17,1%, con medidas adecuadas. Sus causas reducibles y sus posibilidades de reducción, se desglosan en el cuadro 5. La similitud de ellas con las del período neonatal temprano obligan a insistir en la necesidad de una buena atención prenatal y del parto.

La mortalidad residual, o posneonatal, por su parte, ha perdido importancia en las dos últimas décadas, a causa del gran descenso que experimentó en la década de los 70, de 36,3 a 9,5 por mil n.v. (11), como se aprecia en el

cuadro 1. Sin embargo, su declinación es cada vez más lenta, con un descenso desde 7,19 a 5,06 entre 1984 y 1989, y a sólo 4,06, entre este último año y 1994.

Aunque, proporcionalmente, en las dos últimas décadas ha disminuido mucho la cantidad de muertes que podrían evitarse por medio de mejoras ambientales y nutricionales y de una mayor y mejor asistencia médica, las enfermedades que las causan siguen jugando un papel relevante. El cuadro 6 muestra la gran importancia que tienen las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la diarrea, como causa específica de mortalidad en este grupo de edad. Se estima que el 60% de las muertes por IRA, y el 40% de las causadas por diarreas, ocurren sin asistencia médica. Cabe comentar que en 1994 no se registraron, en este grupo de edad, muertes por desnutrición de III grado ni por septicemia del recién nacido que, todavía en 1993, produjeron 16 defunciones.

El análisis de la información anterior muestra, como se aprecia en el Cuadro 7, que existe alrededor de un 27% de posibilidades de reducir la mortalidad infantil, proporción que varía ligeramente en los distintos grupos de edad. Por su mayor importancia, absoluta y porcentual, la mayor importancia la tiene la neonatal temprana.

Discusión

En la mortalidad precoz, llama la atención la cantidad de muertes por inmadurez, o relacionadas con situaciones que podrían reducirse de manera significativa con una buena atención prenatal, del parto y del recién nacido, como puede apreciarse en el cuadro 3. Muchas de ellas se relacionan con el bajo peso al nacer que, a su vez, se asocia con frecuencia a condiciones de pretérmino o a mala nutrición materna, y se podrían reducir mediante un buen

control prenatal. Es bien conocido que los niños que nacen con un peso inferior a los 2.500 g. tienen un mayor riesgo de enfermar y morir que los que nacen con peso normal. Otras causas, como la asfixia al nacer, evidencian deficiencias en la asistencia al trabajo de parto.

En la mortalidad neonatal tardía se repiten muchas de las causas de la precoz, aunque las infecciones adquieren mayor importancia como causa de muerte (ver cuadro 4). Algunos de los problemas relacionados con deficiencias en la atención del trabajo de parto, aunque se presentan desde el nacimiento, permiten la sobrevivencia durante la primera semana, para finalizar causando la muerte durante el período neonatal tardío.

Ante las actuales causas de la mortalidad neonatal, resulta evidente que, para reducirla, es necesario mejorar la calidad de la atención prenatal y del parto, incluyendo la captación temprana de la embarazada y la detección y referencia oportuna de la de alto riesgo, así como el manejo hospitalario adecuado de la amenaza de parto prematuro y de la ruptura prematura de membranas. Además, se debe mejorar la calidad de la atención del recién nacido, en el posparto inmediato. Al respecto, cabe recordar que la norma establece que deberá ser brindada por un médico, y en casos de embarazo de riesgo, por un pediatra. Para mejorar la atención del parto y del recién nacido, es necesario dotar de la tecnología necesaria a los establecimientos que no dispongan de ella, y disponer de los medios necesarios para el traslado de pacientes. Especial énfasis debe hacerse en el cumplimiento de las normas de atención prenatal, atención del parto y atención del recién nacido en condiciones de riesgo.

En el cuadro 6, se aprecia que las causas de mortalidad residual sobre las que se puede actuar para reducirla son predominantemente infecciosas. Su mayor relación con situaciones ambientales y sociales, las hace más fáciles de prevenir y de tratar. Ante su persistencia, resulta

evidente que, para reducir las muertes que ocasionan, es necesario fortalecer muchas de las acciones que alcanzaron gran éxito en el pasado, tales como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, la letrinización, el suministro de agua potable y el fomento de la lactancia materna, así como los esfuerzos para reducir la desnutrición grave y la moderada. Especial interés amerita la detección oportuna y el tratamiento adecuado de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. También es necesario mejorar la atención del parto y el manejo del recién nacido. Además, se necesitan programas de comunicación social sobre la importancia de la vigilancia del crecimiento y desarrollo, y sobre la prevención y manejo de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

Del análisis de la información revisada, se puede concluir que, en Costa Rica, con las posibilidades económicas y tecnológicas existentes, la mortalidad infantil aún podría reducirse en alrededor de 27%, lo que la llevaría a tasas vecinas a 9,5 por mil n.v. Para ello, sería necesario concentrar los esfuerzos en el desarrollo de actividades del tipo de las comentadas, que son las que el país estaría con posibilidades de llevar a cabo con sus recursos limitados. Además, se requiere una firme voluntad política, para adoptar y hacer cumplir las decisiones al respecto; una cuidadosa vigilancia permanente de la situación de salud, nacional y local, y una actualización permanente de las normas de prestación de la atención y verificación de su cumplimiento, así como una cuidadosa asignación de recursos. Todos estos elementos, fundamentales para el cumplimiento de la función de rectoría que debe cumplir el Ministerio de Salud, se deberán mantener sin interrupción, durante varios años. Si se desea obtener resultados realmente efectivos, otras acciones, de tecnología más especializada y alto costo, aunque deseables, deberán esperar a períodos de mayor bonanza económica.

Bibliografía

1. Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud. "Informaciones Estadísticas, Anuario 19..". Ediciones de 1981 a 1993. San José, Costa Rica, 1981 a 1985.
2. Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud. "Informaciones Estadísticas, Anuario 1984 y 1985". San José, Costa Rica, 1986.
3. Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud. "Mortalidad General e Infantil. Costa Rica, 1980 - 1990". San José, Costa Rica, 1991.
4. Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud. "Diagnóstico Perinatal por Cantón y Causa. Costa Rica, 1991 - 1993". San José, Costa Rica, 1995.
5. Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud. "Indicadores de la Mortalidad Infantil por Cantón. Costa Rica, 19..". Ediciones de 1991 a 1994. San José, Costa Rica, 1993 a 1995.
6. Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía, Industria y Comercio. "Anuario Estadístico. Costa Rica, 19..". Ediciones de 1965 a 1988, San José, Costa Rica, 1967 a 1990.
7. Ministerio de Salud. "Memoria 19..". Ediciones de 1965 a 1994. San José, Costa Rica, 1966 a 1995.
8. Sistema de Información Materno Infantil, Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud. "Indicadores 19..". Ediciones de 1990 a 1992.. San José, Costa Rica, 1992 a 1994.
9. Sáenz, Lenín. "Salud sin Riqueza. (El caso de Costa Rica)" Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica, 1985.
10. Sáenz, Lenín. "Logros de una Política e Impacto de una Crisis en la Salud de un País" Departamento de Publica-

ciones e Impresos del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica, 1989.

11. Sáenz, Lenín. "Mortalidad Infantil y Gasto per cápita en Salud". Revista Costarricense de Salud Pública. Año 3, No. 4, San José, Costa Rica, julio 1994.

12. Unidad de Planificación, Ministerio de Salud. Salud en Costa Rica. Evaluación de la situación en la década de los años 70. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica, 1981.

CUADRO 1
EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL
COSTA RICA, 1965 - 1994

AÑO	MORTALIDAD INFANTIL		MORTALIDAD NEONATAL			MORTALIDAD RESIDUAL		
	TASA *	REDUC. **	TASA *	REDU. **	% ***	TASA *	REDU. **	% ***
1965	65,20		23,30		35,74%	41,9		64,26%
		1,1 %		-1,6%			2,7%	
1970	61,50		25,18		40,94%	36,32		59,06%
		7,8 %		5,3%			9,1%	
1975	37,80		17,84		47,20%	19,76		52,28%
		10,2 %		7,3%			12,9 %	
1979	22,10		12,65		57,24%	9,55		43,21%
		3,1 %		1,6%			4,9%	
1984	18,80		11,25		59,84%	7,19		38,24%
		5,2 %		4,8%			5,9%	
1989	13,90		8,84		63,60%	5,06		36,40%
		1,3 %		-0,2%			4,0%	
1994	13,00		8,94		68,77%	4,06		31,23%

* Tasa por 1.000 nacidos vivos

** Promedio anual de reducción en el período

*** % de la mortalidad infantil

CUADRO 2
MORTALIDAD NEONATAL
MUERTES REDUCIBLES, COSTA RICA, 1994

CAUSA DE MUERTE	MUERTES REGISTRADAS	POSIBILIDAD DE REDUCCION	
	NUMERO	%	NUMERO
TOTAL	719	25,41	182,7
Síndrome dificultad respiratoria	123	40,00	49,20
Inmaduridad extrema	37	25,00	9,25
Síndrome aspiración masiva	65	50,00	32,50
Septicemia del recién nacido (RN)	57	50,00	28,50
Asfixia al nacer	17	50,00	8,50
Otros RN a pretérmino	12	25,00	3,00
Otras causas	207	25,00	51,75

CUADRO 3
MORTALIDAD PRECOZ
MUERTES REDUCIBLES, COSTA RICA, 1994

CAUSA DE MUERTE	MUERTES REGISTRADAS	POSIBILIDAD DE REDUCCION	
	NUMERO	%	NUMERO
TOTAL	560	25,91	145,10
Síndrome dificultad respiratoria	114	40,00	45,60
Inmaduridad extrema	37	25,00	9,25
Síndrome aspiración masiva	52	50,00	26,00
Septicemia del recién nacido (RN)	32	50,00	16,00
Asfixia al nacer	15	50,00	7,50
Otras afecciones y mal definidas del período neonatal	8	25,00	2
Otras causas	155	25,00	38,75

CUADRO 4
MORTALIDAD NEONATAL TARDIA
MUERTES REDUCIBLES, COSTA RICA, 1994

CAUSA DE MUERTE	MUERTES REGISTRADAS	POSIBILIDAD DE REDUCCION	
	NUMERO	%	NUMERO
TOTAL	159	23,65	37,60
Síndrome dificultad respiratoria	9	40,00	3,60
Septicemia del recién nacido (RN)	25	50,00	12,50
Síndrome aspiración masiva	13	50,00	6,50
Asfixia al nacer	2	50,00	1,00
Otros recién nacidos a pretérmino	--	--	--
Otras causas	61	25,00	15,25

CUADRO 5
MORTALIDAD FETAL TARDIA
MUERTES REDUCIBLES, COSTA RICA, 1993

CAUSA DE MUERTE	MUERTES REGISTRADAS	POSIBILIDAD DE REDUCCION	
	NUMERO	%	NUMERO
TOTAL	702	16,80	118,6
Circular del cordón	73	50,00	36,5
Insuficiencia placentaria	25	50,00	12,5
Asfixia-anoxia antes del parto	19	40,00	7,6
Desprendimiento prematuro de placenta	34	50,00	17
Trastornos hipertensivos de la madre	18	75,00	13,5
Síndrome aspiración masiva	8	50,00	4
Otras afecciones y mal definidas que se originan en el período prenatal	407	25,00	101,75
Otras causas	63	25,00	15,75

CUADRO 6
MORTALIDAD RESIDUAL
MUERTES REDUCIBLES, COSTA RICA, 1994

CAUSA DE MUERTE	MUERTES REGISTRADAS		POSIBILIDAD DE REDUCCION	
	NUMERO	%	NUMERO	
TOTAL	326	30,21	98,50	
Bronconeumonía	40	60,00	24,00	
Otra neumopatía alveolar y parietotemporal	36	50,00	18,00	
Diarreas	30	60,00	18,00	
Otras causas	154	25,00	38,50	

CUADRO 7
MORTALIDAD INFANTIL
MUERTES REDUCIBLES, COSTA RICA, 1994

PERIODO	MUERTES REGISTRADAS		POSIBILIDAD DE REDUCCION	
	NUMERO	%	NUMERO	
TOTAL INFANTIL	1045	26,98	282	
Mortalidad Precoz	560	25,91	145	
Mortalidad Tardía	159	23,65	38	
Mortalidad Residual	326	24,08	99	