

OBJETIVO 7

MEJORAR LA SALUD INFANTIL Y JUVENIL

En el año 2000 la salud de niños y jóvenes debería haber mejorado, ofreciendo oportunidades para crecer y desarrollar completamente sus potenciales físicos, psíquicos y sociales.

Carmen Casanova Matutano

Hospital de Sagunt

1. INDICADORES PROPUESTOS

7.1: Tasa de mortalidad infantil

7.2: Tasa de mortalidad perinatal

7.3: Proporción de abuso infantil y de abandono

2. SITUACIÓN ACTUAL**2.1. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE MORTALIDAD PERINATAL**

Se presentan las tasas de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y perinatal por 1.000 nacidos vivos para los años 1985 a 1995, último publicado (1, 2), por comunidades autónomas (CCAA) y para el total del Estado Español. Se presentan también las tasas de 1975 y 1980, a efectos de comparación con periodos previos.

La tasa de mortalidad infantil descendió desde 18,9 por 1.000 nacidos vivos en 1975 a 8,9 en 1985. La mortalidad neonatal pasó de 12,6 en 1975 a 5,9 en 1985, y para la mortalidad postneonatal las tasas fueron 6,3 y 3,0 respectivamente. El porcentaje anual medio de cambio fue de -4,8.

La tasa de mortalidad infantil descendió hasta 5,5 en 1995, experimentando un porcentaje anual medio de cambio de -3,5. La tasa de mortalidad neonatal pasó a ser de 3,5 en 1995, lo que supone un porcentaje anual medio de cambio de -3,6. La tasa de mortalidad postneonatal fue de 2,0 en 1995, con un porcentaje anual medio de cambio de -3,2. En el periodo 1991-1995 el decremento fue discretamente superior al observado en el periodo 1986-1990.

Para valorar la evolución de las diferencias entre CCAA se han utilizado los coeficientes de variación (CV) anuales de cada tasa, que en ningún caso muestran una tendencia decreciente en el tiempo. La tasa de mortalidad postneonatal es la que presenta mayor dispersión (CV entre 16,5 y 30,1%). En 1995, La Rioja, con 7,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos, fue la Comunidad con mayor tasa de mortalidad infantil, y Cantabria, con 4 defunciones por 1.000 nacidos vivos, presentó la tasa menor. Respecto a la mortalidad neonatal, también La Rioja presentó la tasa mayor, 4,9, y Cantabria la menor, 2,4. La Comunidad con mayor mortalidad postneonatal fue Navarra, con una tasa de 4,1, y Cantabria, Cataluña y el País Vasco presentaron la tasa menor, 1,6. Hay que considerar que en las comunidades pequeñas, las tasas anuales pueden sufrir importantes variaciones con pequeñas modificaciones en el número de defunciones.

Respecto a la mortalidad perinatal, descendió desde 21,1 por 1.000 nacidos vivos en 1975 hasta 10,8 en 1985, con un porcentaje anual medio de cambio de -4,4. La tasa descendió hasta 6 en 1995, lo que supone un porcentaje anual medio de cambio de -4. El decremento fue discretamente inferior en el periodo 1991-1995 respecto al observado en 1986-1990. Los CV no muestran una tendencia decreciente a lo largo de los años estudiados. La dispersión es mayor que en la mortalidad infantil. La Rioja presentó en 1995 la tasa mayor: 8,7; y Canarias la menor: 3,4.

2.2. CAUSAS DE MUERTE (3)

En 1995, las causas de defunción más frecuentes durante el primer año de vida fueron las debidas a patología perinatal (tasa de 2,3 por 1.000 nacidos vivos, el 42% de las defunciones) y a anomalías congénitas (tasa de 2,0, el 36% de las defunciones), situación similar a la de 1985 (tasas de 3,6 y 2,5, representando el 41% y el 28% respectivamente).

Durante el primer mes de vida, en 1995 las causas más frecuentes fueron también las debidas a patología perinatal (tasa de 2,1 por 1.000 nacidos vivos, el 61% de las defunciones) y a anomalías congénitas (tasa de 1,2, el 35%), como en 1985 (tasas de 3,5 y 1,6, representando el 59% y el 27% respectivamente).

Las causas más frecuentes de mortalidad postneonatal en 1995 fueron las anomalías congénitas (tasa de 0,8 por 1000 nacidos vivos, 39% de las defunciones) y los signos y síntomas mal definidos (tasa de 0,3, 13%), seguidas de las causas perinatales (tasa de 0,2, 10%), mientras que en 1985 las más frecuentes fueron las anomalías congénitas, seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio (tasas de 0,9 y 0,4, representando el 30% y el 14% respectivamente). Las causas perinatales presentaron una tasa de 0,1, suponiendo el 5% de todas las defunciones.

Respecto a la mortalidad perinatal, en 1995 las causas más frecuentes fueron las afecciones mal definidas (tasa de 1,3 por 1.000 nacidos vivos, el 22% de las defunciones), seguidas de las anomalías congénitas (tasa de 1,1, 17%), y de las complicaciones de la placenta, cordón o membranas (tasa de 1,0, 16%). En 1985 las más frecuentes fueron las debidas a complicaciones de placenta, cordón y membranas (tasa de 2,5 por 1.000 nacidos vivos, 23%), seguidas de las afecciones mal definidas (tasa de 2,4, 22%), y de las anomalías congénitas (tasa de 1,7, 15%).

2.3. ABUSO INFANTIL Y ABANDONO EN ESPAÑA (4)

En los últimos años se ha realizado un importante esfuerzo por cuantificar el problema del maltrato infantil en España. Actualmente, en el ámbito local existen datos de Guipúzcoa, estimándose la prevalencia de maltrato en 1989 en un 15 por 1.000 menores de 15 años (de Paúl et al. 1995), de Cataluña, donde se estimó una incidencia anual de 5,1 por 1.000 niños menores de 16 años en 1988 (Inglés et al. 1995; Inglés 1995), y de Andalucía en 1992, donde se estimó la incidencia en 14 por 1.000 menores de 18 años (Jiménez et al. 1995; Moreno et al. 1995). En el ámbito nacional, el primer estudio de incidencia de maltrato se realizó sobre los expedientes de Protección de Menores abiertos en 1991 y 1992 (Palacios 1995; Saldaña et al. 1995), calculándose una incidencia anual de 0,44 por 1.000 respecto a la población española de menores. Se abrió un nuevo expediente de maltrato por cada 2.500 niños españoles, un valor próximo a la tasa de tutelas automáticas que asumió la Administración en dichos años, 0,46 y 0,48 por 1.000, respectivamente (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). Este dato puede interpretarse como que, de hecho, hay un bajo nivel de incidencia de maltrato, o bien se puede interpretar como que el nivel de detección es aún muy bajo, y las experiencias sobre programas que fomentan la detección parecen apoyar esta segunda interpretación, pues las tasas de incidencia aumentan allí donde se aplican los programas (Gobierno Balear).

Sobre la prevalencia de abuso sexual se llevó a cabo un estudio en 1993 sobre una muestra de adultos representativa de la población española (López et al. 1994), cuyos resultados indican una tasa de prevalencia del 19% (15% en varones y 23% en mujeres). Como dato complementario, en el estudio de expedientes abiertos en Protección de Menores en el ámbito nacional (Palacios 1995; Saldaña et al. 1995), un 4,2% del total de los años 1991 y 1992, fueron casos de abuso sexual. En términos de expedientes, la incidencia de este tipo de abuso en dicho periodo fue de 3,8 por 100.000 menores.

3. DISCUSIÓN

El nivel del objetivo marcado para la mortalidad infantil en el año 2000 (tasa inferior a 20 por 1.000 nacidos vivos), ya había sido alcanzado en España en 1975. En la revisión de 1991 se modificó el nivel hasta una tasa inferior a 10, que se logró en España con anterioridad a 1985, y el declive de dicha tasa ha continuado uniformemente hasta 1995.

Respecto a la mortalidad perinatal, a lo largo del periodo estudiado la tasa ha descendido por debajo de 10 por 1.000 nacidos vivos, persistiendo también el declive en estos años.

Sin embargo, no se ha producido una reducción de las diferencias entre las CCAA, siendo la mortalidad perinatal y el componente postneonatal de la infantil los que presentan mayor dispersión, lo que permite pensar que todavía es posible conseguir disminuir las tasas estatales mediante la reducción de dichas diferencias geográficas, reflejo probablemente de diferencias en la prestación de cuidados obstétricos y

neonatales (mortalidad perinatal y neonatal), y en las condiciones socioeconómicas de la población (mortalidad postneonatal).

Respecto a las causas más frecuentes, no se ha modificado la situación en cuanto a la mortalidad infantil y su componente de mortalidad neonatal en 1985 y las tasas más elevadas corresponden a las defunciones por patología perinatal y anomalías congénitas. En la mortalidad postneonatal han aumentado la tasa y la proporción de defunciones por causas perinatales. Ello implica que, de algún modo, la mortalidad postneonatal puede reflejar también la atención obstétrica y neonatal. En todos los componentes la proporción de muertes por causas perinatales y anomalías congénitas se ha incrementado. En la mortalidad perinatal, las tres causas más frecuentes, aunque en distinto orden, persisten desde 1985.

El control de la mortalidad durante el primer año de vida debería incluir información más específica sobre causas y también sobre variables relevantes como el peso al nacer, edad gestacional y otras relacionadas, que permitieran profundizar en el análisis de los indicadores y en sus posibles mejoras (5).

Respecto a la evaluación del indicador “proporción de niños sometidos a abuso”, no se pueden presentar resultados, pues no existen fuentes fiables para extraer los datos, ya que el registro de casos no es sistemático, por lo que sólo reflejarán la llamada “punta del iceberg” (se estima que sólo son detectados el 10-20% de casos de maltrato existentes (Morales et al. 1997; Gelles RJ 1993). Tampoco se puede hablar de tendencias, pero en nuestro país la sensibilidad hacia el tema del abuso sexual y del maltrato en general es muy reciente, y de un año al siguiente se puede observar el incremento de casos detectados. El abuso infantil es sin duda una experiencia que influye intensamente sobre la salud física y mental y el bienestar de los niños afectados; por tanto, se precisa disponer de mejor información sobre este problema, para poder actuar sobre él.

En conclusión, el análisis cuantitativo ha sido posible sólo para la mortalidad infantil y perinatal, que ya han alcanzado en España el nivel propuesto, y el declive continúa, por lo que el desarrollo sigue en la dirección correcta. Para el maltrato no está justificado extraer una conclusión global pues no hay un indicador suficientemente elaborado ni existen datos estatales que permitan evaluar el desarrollo y los logros en esta parte del objetivo.

Los indicadores propuestos para controlar el progreso del objetivo nº 7 presentan una relevancia parcial, sobre todo teniendo en cuenta que en la revisión de 1991 la formulación original del objetivo se extendió desde la mortalidad infantil a la inclusión de los subgrupos “niños” y “jóvenes”, lo que sugiere que el objetivo debería cubrir el completo desarrollo de la infancia, desde el periodo prenatal hasta, al menos, la adolescencia. Otros indicadores de salud infantil y juvenil, dispersos entre los otros objetivos de SPT, permitirían —si se presentaran conjuntamente— una visión global más rica sobre el desarrollo de la salud de los niños y adolescentes:

- 4.3: Incidencia (en edades 15-19 y tal vez 20-24 años) de: sífilis, infecciones gonocócicas, otras enfermedades venéreas, sida
- 4.5: Expectativa de vida de personas libres de discapacidad al nacimiento y a las edades de 1 y 15 años
- 4.6: Incidencia y prevalencia de procesos crónicos importantes
- 4.7: Salud oral: número promedio de dientes con caries, que falten o que estén empastados
- 5.2: Tasa de mortalidad infantil, y hasta los 5 años, de: neumonía, enfermedad diarreica
- 6.4: Probabilidad de morir antes de los 5 años de edad
- 10.1: Tasa de mortalidad de tumores malignos
- 11.1: Tasa de mortalidad por edad y sexo, por traumatismos e intoxicaciones
- 11.2: Tasa de mortalidad por edad y sexo, por accidentes de circulación en que estén implicados vehículos de motor
- 11.3: Ocurrencia de accidentes de tráfico en carretera llegando a lesiones personales
- 11.4: Accidentes en el hogar debido a intoxicaciones y otros factores
- 11.5: Tasa de mortalidad por edad y sexo, por suicidios y lesiones autoinflingidas
- 16.4: Porcentaje de neonatos con peso al nacimiento menor de 2.500 gramos
- 16.5: Porcentaje de niños con un peso aceptable para la edad o peso para la talla
- 16.6: Porcentaje de niños alimentados al seno a las seis semanas, tres meses y seis meses de edad

- 16.10: Porcentaje de población infantil con índice de masa corporal = obesidad
- 17.2: Consumo de alcohol según edad y sexo
- 17.3: Consumo de estupefacientes
- 17.4: Número de homicidios y lesiones (incluye violaciones) por otra persona con la intención de matar o morir
- 17.8: Uso de drogas ilícitas: Porcentaje de población de 15 años que ha consumido una droga ilícita en los últimos 30 días
- 17.9: Consumo de tabaco
- 28.1: Porcentaje de niños que desde su nacimiento han sido vacunados contra...
- 28.5: Número de abortos provocados por 1.000 nacimientos vivos, por edad (15-19, 20-24)
- 28.6: Número de nacidos vivos, por edad de la madre (15-19, 20-24)

Además, otros indicadores —como tasas de mortalidad por grupos de edad de 1 a 19 años (incluso extendiéndolo al grupo de jóvenes, de 20 a 24 años) y sus causas más frecuentes, uso de servicios sanitarios (frecuentación, tasas globales de hospitalización y causas más frecuentes), cobertura de los programas de prevención, incidencia de cáncer, anomalías congénitas, discapacidades, estado de salud percibido, atención prenatal, embarazos en adolescentes— muchos de los cuales son factibles, permitirían un mejor conocimiento de la situación y la elaboración de estrategias para lograr “mejorar la salud de todos los niños y jóvenes, dándoles la oportunidad de crecer y desarrollar todo su potencial físico, mental y social”, tal como pretende el objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. I.N.E. Movimiento Natural de la Población Española. Tomo I. Madrid: Varios años, 1993-1995.
2. Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
3. I.N.E. Defunciones según la causa de muerte. Tomo I. Resultados básicos. Madrid. Varios años: 1985, 1995.
4. Cerezo MA. 1997. Prevención del abuso infantil y el abandono en España. Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe. Madrid: Marzo 1997.
5. Gutiérrez JL, Regidor E. Evolución de la mortalidad en el primer año de vida en España (1975-1988). Gac Sanit 1993;7:110-5.