

MEDICINA AL DIA

LA SALUD INFANTIL AL TORNAR EL SIGLO

Dr. Hugo R. Mendoza

**Profesor Emeritísimo de la Universidad Autónoma de Santo Domingo
Maestro de la Pediatría Dominicana**

**Segunda Cátedra Magistral Dr. Teófilo Gautier Abreu
Sala Max Henriquez Ureña, Campus II, Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña
Santo Domingo, R. D. 20 de septiembre 1996**

Transcurría el año 1962 cuando conocimos al Dr. Teófilo Gautier. Y no fue precisamente en el ámbito de su carrera profesional. Carrera que se iniciaba al terminar sus estudios que habían sido coronados con una aureola de distinción. Lo conocimos precisamente en un momento histórico trascendental. El ingreso de la nación a la vida democrática, después de la larga y horrenda noche de la dictadura de Trujillo. Momento histórico en el que intentó tener participación activa. Inteligente, extrovertido, consciente de su responsabilidad, pero sobretodo afectuoso y bueno.

Pasado aquel momento político y por afinidad de grupo, diversas razones, además de lo profesional nos acercaron. Teófilo Gautier buscaba entonces definir su realidad profesional dentro de una especialidad médica. Había escogido la más humana y social de ellas, la Pediatría.

Dirigía Teófilo entonces sus aspiraciones al hallazgo de la forma más accesible para hacerse

pediatra. Fue en ese momento donde captamos en Teófilo, una de las características humanas que hacen al hombre capaz, en el más amplio sentido que la palabra abarca. La característica de escuchar.

Iniciamos Teófilo y nosotros en aquel momento, una larga y acoplada relación profesional, que fueron desde la tutoría formativa, a nuestro juicio la más efectiva forma de enseñanza y aprendizaje, hasta el cultivo de la intuición como fundamento del aprendizaje y renovación progresiva y permanente; en síntesis, la investigación, pasando por el intercambio pragmático que el diario vivir nos obliga a enfrentar.

Teófilo Gautier fue un hombre de estudio.

Durante sus años de formación y de ejercicio profesional, el estudio lo convirtió en un ser sobresaliente. Después de sentirse pediatra, ese elemento que lo distinguía, lo llevó a convertirse en un experto en el conocimiento del equilibrio del "medio interno". Ningún nacional

- y no queremos decir que no los hubiera - llegó a destacarse como él lo hizo, en su momento histórico, en el manejo de los problemas de la homeostasis hidro-electrolítica en los niños, teórica y prácticamente.

Y ello mismo lo llevó a contribuir al hallazgo de potenciales acciones de beneficio a la humanidad. Y si bien ello podría haber sido accidental, sin sus dotes de hombre de estudio, jamás se hubiera facilitado el "accidente".

Teófilo Gautier fue un hombre de orden y disciplina. Y ello le permitió, al cumplir con las circunstancias históricas, impulsar el proceso de organización de la institución pediátrica más importante del país, ordenando sus actividades asistenciales, orientando la práctica y enseñanza de la pediatría y potencializando el proceso de desarrollo de la investigación clínica.

Teófilo Gautier fue esencialmente humano. Por ello estudiaba, evaluaba y comprendía al hombre. Y ninguna de sus actividades lo desviaron de ello. Y fue la base de su ejercicio profesional atendiendo a pobres y ricos. En campos, pueblos y ciudades.

Teófilo Gautier fue fundamentalmente un hombre de fe. De fe religiosa. De fe cristiana. Y no dudamos en afirmar que ello constituyó el elemento primordial de su paso por la vida, de una vida con éxito y paz consigo mismo.

Para nosotros, quienes estuvimos con Teo en su carrera y lo entendíamos en su vida, nos llena de satisfacción el ocupar esta cátedra, para conversar sobre lo que a él más le fascinaba, la atención al niño enfermo, y tratar de analizar los cambios en la salud del niño dominicano y la práctica de la Pediatría al tornar el siglo, y a lo que Teo contribuyó de forma trascendente.

LA SALUD INFANTIL

La mortalidad infantil (MI), (número de niños menores de un año fallecidos en relación al número de niños nacidos vivos en un mismo período de tiempo) constituye uno de los más importantes, si no el más, de los indicadores vitales del desarrollo de una comunidad. Por ello la MI no deja de formar parte de todas las fórmulas sociales y económicas que intentan evaluar el desarrollo de las mismas.

La cuantificación de la MI en la República Dominicana no fue presentada como necesidad de conocimiento si no a partir de los finales de la

década de los años veinte y no fue preocupación ciudadana si no muy entrada la segunda mitad del presente siglo, no siendo si no en el último tercio del siglo, que lo fue para investigadores y autoridades sanitarias, iniciando ya el estado actual del proceso de democratización de la nación.

El conocimiento de la realidad de la MI, perturbado por las debilidades de nuestro sistema de información sobre datos vitales¹, no nos impactó sino hasta después de la encuesta de salud realizada a principios de la década de los setenta, (DIAGNOS), primera encuesta con elementos de amplitud nacional y credibilidad, y que señaló una MI de 103 por mil para finales de la década de los años sesenta². Las cifras de años anteriores se especulaban en alrededor de los 200 por mil. Cifras que obviamente nos colocaban dentro de las más altas de las Américas.

El conocimiento de las cifras señaladas, sin dudas, que motivaron y justificaron, no solo el estudio de dicha realidad y sus razones, si no las acciones que debían encaminarse para promover su reducción.

Diversas han sido las medidas promovidas y adoptadas con fines de enfrentar la alta tasa de MI. Sobresaliendo, sin dudas, los programas de reducción de la natalidad, el desarrollo de una amplia red de servicios de atención primaria, particularmente en las zonas rurales, la introducción de acciones eficaces en la profilaxis y tratamiento de la deshidratación provocada por la enfermedad diarreica aguda mediante el uso de la rehidratación oral. Y en un próximo lugar deben considerarse como influyentes los exitosos programas de vacunación, particularmente contra el sarampión, en especial en los últimos años. Apuntándonos a despedir el siglo sin polio, sarampión, tetanos y difteria de continuar la tendencia actual. No debiendo relegarse los efectos del incremento del gasto público en el suministro de agua potable, a pesar de las diversas vicisitudes y críticas de dichos programas, y su aún deficiente cobertura³⁻⁴.

Elementos indirectos pero de evidente repercusión en el proceso han sido la mejoría educativa de la mujer dominicana, así como del ingreso per cápita, a pesar del vigente alto índice de analfabetismo, real y funcional y el evidente aumento de la pobreza⁵, hechos contradictorios en la explicación del proceso evolutivo de la MI y

otros elementos de bienestar, aunque justificables por la fuerza de ciertas estrategias tales como el acceso a agua potable, la planificación familiar, la accesibilidad a servicios de atención primaria y la terapéutica de rehidratación oral.

La reducción en la prevalencia de la diarrea ⁶ y de las muertes por diarrea lo evidencia un reciente estudio ⁷ realizado en 1050 familias del Distrito Nacional que mostró una reducción de la MI por diarrea en un 50% al compararlo con otro similar hecho diez años antes ⁸.

Y aunque de difícil evaluación no debe dejar de señalarse como factor contribuyente el proceso de democratización, que aunque tórpido y angustiante, ha seguido una marcha progresiva, potencializada por una mayor participación de la sociedad civil en la orientación ciudadana ⁹.

Asimismo debemos considerar a la promoción de la lactancia materna, de efectos evidentes, particularmente si es exclusiva, en la nutrición y mortalidad infantil, sin embargo, a pesar de dicha promoción, la lactancia exclusiva se mantiene baja y sus efectos sobre la MI en la República Dominicana no pueden ser precisados como son otras acciones, particularmente la reducción de la natalidad y la terapia de Rehidratación Oral.

La MI en los últimos treinta años ha pasado de 103 por mil a 38 por mil ¹⁰, observándose un aceleramiento en la última década, donde fueron más obvias los elementos señalados como particularmente incidentes. Ver Cuadro No. 1

CUADRO No. 1
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

AÑO	TOTAL	URBANO	RURAL	NEONATAL
1965-70 ^a	103			
1971-75 ^b	79.6	71.6	88.8	40.0 (50%)
1976-80 ^c	74.8	74.4	75.4	43.2 (58%)
1981-86 ^d	67.9	69.2	65.8	39.5 (58%)
1986-91 ^e	43.2	37.2	54.6	24.5 (56%)
1996 ^f	35.8	37.7	29.6	18.8 (52%)

a) Encuesta DIAGNOS

b,c,d,e) Encuesta Demográfica y de Salud

f) CENISMI: Mortalidad Infantil en la Región 0

Este proceso de descenso de la MI es universal y particularmente obvio en América Latina.

En un intento de análisis de los factores incidentes en la mejoría de la MI en Las Américas, estudiamos los datos suministrados por la UNICEF¹⁰ en relación a la velocidad de descenso de la tasa de fecundidad y de la tasa bruta de fecundidad, así como del incremento de alfabetización de adultos, particularmente en países con tasas bajas de alfabetización, de la escolaridad primaria y secundaria de la mujer, del producto nacional bruto per cápita, del gasto en salud de los gobiernos, así como del índice de desarrollo humano del PNUD, el acceso a agua potable, el desarrollo democrático¹¹ y la estructura del sistema de salud*.

Fue de interés notar que solo el acceso al agua potable en una proporción mayor al 90% de la población coincidió con los países ocupantes de los primeros cinco lugares con la más baja MI, aunque fue evidente los potenciales efectos de la velocidad de descenso de la tasa de la natalidad, la estructura del sistema de salud y el desarrollo democrático.

El análisis de la velocidad de reducción de la MI en los últimos 30 años señala a Chile (85%), Costa Rica (82%), Colombia y Jamaica (79%) Canadá (75%) y Cuba (74%), con la mayor velocidad de descenso, evidenciándose como factores incidentes en dicho proceso la tasa de natalidad, la disponibilidad de agua potable, la estructura del sistema de salud y el desarrollo democrático.

La velocidad de reducción de la MI en la República Dominicana para ese mismo período fue de 59%, ocupando junto a Ecuador y Paraguay el 15° lugar.

Estos hechos explicarían como países disímiles en su realidad económica, educativa y política ocupan los primeros lugares de baja MI, y que nos dan por otra parte elementos de juicio para señalar hacia donde deben dirigirse las acciones.

La República Dominicana enfrentará el nuevo siglo con una MI con tendencia rápidamente decreciente, aunque aparentemente lentificada en el último quinquenio (Velocidad de la última década 1986-96 = 50%, versus velocidad del último quinquenio 1991-96 = 11%), con

* Por apreciación del autor. Ver anexo

predominio de la mortalidad urbana y neonatal, particularmente de sectores pobres y madres jóvenes, hechos que por sí explican el proceso de lentificación, ya que son precisamente la urbanización y la morbilidad neonatal particularmente la relacionada a la patología perinatal, la que requieren mejor estructuración de la atención médica y tecnologías especiales y costosas, respectivamente, conjuntamente con mejor educación materna.

Así mismo, notorio es el cambio en las características morbiditas de la MI.

Aunque la mayor causa de mortalidad sigue siendo las infecciones, las infecciones agudas de vías respiratorias han pasado a ser la principal causa de muerte individualizada en niños menores de un año, por lo menos en el Distrito Nacional. Ver Cuadro No. 2

CUADRO No. 2
CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

CAUSAS	AÑOS	
	1985-89 ^(a)	1996 ^(b)
Infecciosas	32.2	40.6
Perinatales	27.9	39.8
Defectos congénitos	02.4	13.6
Infec resp ag (IRA)	06.6	18.8
Prematuridad	23.7	17.3
Anomalías cong	02.4	13.6
Enf Diarr Ag (EDA)	17.7	09.0

a) Analisis de 18,252 fallecimientos de niños informados a la SESPAS de 1985 al 1989, CENISMI : Situación de la salud en la República Dominicana 1992; serie de Publicaciones Técnicas II, 1992

b) CENISMI : Mortalidad infantil en la Región 0. Encuesta de 1,050 hogares, 1996

En segundo lugar son las muertes relacionadas con el embarazo y parto las siguientes en frecuencia, y donde el bajo peso al nacer, la prematuridad y la atención al parto juegan un papel importante sin dejar de considerar la facilidad de infección del recién nacido.

La revisión de causas de muertes del más reciente estudio del CENISMI, 1996, demuestra la

mezcla de factores que exigen un discrimen bien acertado para su enfoque correctivo. De todas maneras, el informe nos orienta a la necesidad, en vista de la velocidad y de las características de los cambios, de un monitoreo permanente, ágil y eficaz del proceso de MI y un apego a las estrategias y acciones costo beneficiosas.

La evidente fuerza de participación de la mortalidad por factores perinatales en la MI nos obliga, antes de dirigir nuestra atención a otros aspectos de la salud infantil, considerar a la familia y particularmente a la madre, en nuestras disquisiciones.

La madre mal alimentada y con atención al parto que presume ser inadecuada, es un punto de importancia a considerar si queremos avanzar en nuestra lucha y conquista de la MI. La poca talla materna (13.2%) ** y el bajo índice de masa corporal (9%) *** ponen en evidencia elementos explicativos de la alta incidencia de 14% del bajo peso al nacer (BPN) y BPEG o RCIU ****(28%), así como, por otra parte, la inadecuada atención al parto, a pesar de la amplia cobertura de los servicios, reclaman una revisión de la estructura asistencial a la mujer embarazada. Una incidencia alta de cesáreas, que alcanza en algunas clínicas privadas hasta un 90%, deja entender la ligereza de la atención, así mismo la alta tasa de mortalidad materna (MM) de 62/100,000 mujeres en edad fértil y de 269/100,000 nacidos vivos, no requieren más explicación para una seria toma de decisiones en la materia¹². Ver Cuadro No. 3

El hecho de que en el último estudio de CENISMI, destaquen las muertes por prematuridad como la segunda causa directa de muerte, y aunque probablemente se "incluyan" dentro de ellos niños con bajo peso al nacer, no necesariamente prematuros, hacen reflexionar sobre la evidente debilidad de la atención al niño prematuro.

La prematuridad (nacimientos de niños con menos de 38 semanas) no parece ser mayor en incidencia que la de otros países más desarrollados (6%), según las fuentes existentes (Cuadro No. 4), sin embargo, la alta prevalencia en las embarazadas de pobreza, baja educación y corta edad, junto al conocimiento de

** < 150 cm

*** < 18.5 K

**** Bajo peso para la edad gestacional o Retardo del Crecimiento Intrauterino

CUADRO No. 3

**TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN 1050
FAMILIAS DE BAJO INGRESO DEL
DISTRITO NACIONAL (CENISMI, 1996)**

Tasa de Mortalidad Materna

Fallecimientos de mujeres relacionadas al embarazo
en relación a mujeres en edad fértil
61.8/100,000 IC 95% 29.7 a 113.7

Coefficiente de Mortalidad Materna

Fallecimientos de mujeres relacionadas al embarazo
en relación a niños recién nacidos vivos
269.2/100,000 IC 95% 129.2 a 494.5

que las infecciones son potencialmente el factor mas importante en la precipitación de un parto antes de tiempo, obligan a prestar mas atención

CUADRO No. 4

**DISTRIBUCION DEL BAJO PESO AL NACER,
PREMATURIDAD Y RETARDO DEL CRECIMIENTO
INTRAUTERINO EN LA REPUBLICA DOMINICANA, 1990**

VARIABLE	No.	%	IC 95 %
BPN (< 2500 G)	075	13.7	10.7—16.5
Prematuridad (< 37 sem)	033	06.0	04.0— 07.9
RCIU	152	27.7	23.9 —31.4
Armónicos	103	18.8	15.4—22.0
Disarmónicos	049	08.9	06.5—11.3

Fuente:

Mendoza H, Soriano G. Bol CENISIMI 1994; 4: No. 1

investigativa y médica al asunto, con el potencial desarrollo de medidas preventivas y terapéuticas de la infección "in útero". El costo de la atención y pronóstico a corto y largo plazo de un niño prematuro así lo obliga.

La observación en el mencionado estudio de la alta incidencia de anomalías congénitas, particularmente cardíacas y del sistema nervioso en la MI, por encima de las muertes por diarrea, puntualizan aún mas la orientación que deben tomar las estrategias y acciones para intensificar la reducción de la MI.

A continuación intentamos puntualizar las acciones que a corto plazo deben reforzarse,

ampliarse o establecerse para seguir manteniendo el proceso de descenso de la MI, acorde con nuestra impresión de los factores que potencialmente mas inciden en el mismo.

Acceso al agua potable.-

Cambios en las estrategias del gasto público en agua potable dirigidas a hacerlo menos costoso, mejor distribuido y mas efectivo.

Regulación de la natalidad.-

Ampliar e intensificar la educación sexual y la prevención del embarazo.

Incrementar la facilitación de los medios de prevención del embarazo.

Potencializar la educación de la mujer.

Estructuración del Sistema de Salud.-

Establecimiento de un nuevo código de salud
Desarrollo de la autogestión de los servicios de salud.

Participación comunitaria en la gestión de los servicios de salud

Adecuación financiera de la atención a la salud, con mayor atención a la formación de recursos humanos y a la investigación como base de la planeación.

Potencialización del desarrollo democrático.-

Autonomía municipal.

Sectorización y regionalización de la atención médica de acuerdo a los niveles de atención ofertados.

Incrementar la organización comunitaria.

LA NUTRICION DEL NIÑO DOMINICANO

No creemos tener que insistir en la importancia de una nutrición adecuada como factor de protección a nuestra integridad vital, y los efectos, cuando esta no lo es, sobre la salud.

La desnutrición es quizás el factor deletéreo mas importante en la predisposición a infecciones y por consiguiente a mortalidad de niños.

Es de interés señalar que alrededor de un cuarto de nuestros niños recién nacidos presentan un peso bajo para edad gestacional y que de ellos dos tercios corresponden a la categoría de armónicos, es decir que su peso, aunque bajo, corresponde a su longitud. Ver Cuadros No.5 y No.6.

Aunque los factores de riesgo que inciden sobre el recién nacido de bajo peso, pequeño para su edad gestacional (BPEG) o con retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) en sus dos

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE 152 CASOS DE RCIU EN RELACION A LA ARMONIA DEL PESO PARA LA TALLA

RCIU	No	%	IC 95%
Armónicos	103	67.8	60.3-75.2
Disarmónicos	049	32.2	24.8-39.6

Fuente:

Mendoza H, Soriano G. Bol CENISMI 1993; 4: No. 1

variantes tienden a intermezclarse, aquellos que tienen una mayor incidencia en los considerados como armónicos actúan desde el comienzo del embarazo y los traen las madres muchas veces desde antes del mismo, (baja talla, poco peso) y los que actúan provocando los BPEG disarmónicos lo hacen tiempo después de iniciado el embarazo (alimentación materna, infecciones, toxemia del embarazo). Ver Cuadro No. 7

La repercusión del nacer con bajo peso en la salud del niño dominicano, es trascendente, si nos atenemos a los datos conocidos.

Alrededor de un quinto de los niños que después de los 6 meses de edad son clasificados como desnutridos (peso < 2 DE para su edad cronológica) ha tenido bajo peso al nacer; así mismo alrededor de un 50% de los niños con bajo peso al nacer seguirán siendo desnutridos¹³.

La mortalidad infantil es, por otra parte, mayor en los niños con bajo peso al nacer.

CUADRO No. 6

ESTIMACION DE CASOS DE BPN, PREMATURIDAD Y RCIU EN 200,000 RN PARA 1993

VARIABLE	ESTIMACION PUNTUAL	IC 95%	ERROR ESTANDAR ESTIMADO
Prematuros	12,000	8,000 - 16,800	1.014
BPN	27,400	21,401 - 33,000	1.466
RCIU	55,400	47,800 - 62,800	1.910

Fuente:

Mendoza H, Soriano G. Bol CENISMI 1994; 4: No. 4

CUADRO No. 7

MORBILIDAD Y ACCIONES PREVENTIVAS PERINATALES

MORBILIDAD	ACCION PREVENTIVA
BPN	Alimentación materna
BPEG	Nutrición de la mujer Alimentación materna
Prematuridad	Prevención y tratamiento de infecciones
Mortalidad	Re-estructuración de la atención a la salud materna

Por último y no menos importante, los niños con BPEG disarmónicos se enferman, se desnutren y se mueren más, y los armónicos llevan consigo un déficit neuronal que contribuye a las discapacidades cognitivas mínimas que abruman nuestro proceso organizativo comunitario.

Si bien es cierto que diversos factores han influido en la tendencia a la mejoría en la prevalencia de desnutrición proteico calórica (peso < -2 DE para la edad cronológica)⁶⁻¹⁴ (Cuadro No. 8) tales como la mejoría en el tratamiento del niño diarreico, la incidencia de desnutrición en niños

CUADRO No. 8

PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALORICA EN LA REPUBLICA DOMINICANA

< -1 DE	1960-70	1975-80	1980-85	1986
x	57%	51%	40%	36%
< -2 DE	1961-70	1981-86	1987-1991	
x	34%	12.5%	10%	

menores de dos años es de alrededor de 50%, es decir, la mitad de los niños menores de 3 años se desnutren en algún momento de ese período¹⁵, desconociéndose si esta cifra ha disminuido o no, al carecerse de estudios similares previos o posteriores al señalado, relizado del 1989 al 1992.

Los efectos de la desnutrición proteico-calórica se evidencian con su mayor índice de enfermedad y mortalidad así como de repercusión en la talla y funciones cognitivas.

Alrededor del 20% de los niños del primer grado de primaria tienen una talla menor de -2 DE para su edad cronológica¹⁶, hecho influyente en la resistencia física del adulto final, y mas preocupante aún es el hecho de que cuando se analiza el número de niños con edades mayores de 6 años, (edad promedio de entrada de los niños al primer grado), la prevalencia de talla baja aumenta hasta un 30% en los niños de 9 años, sugiriendo repitencia, hecho íntimamente ligado a potenciales defectos cognitivos.

La tendencia al descenso de la prevalencia de desnutrición proteico energética en menores de 5 años en America Latina, incluyendo Republica Dominicana, ha hecho prestar atención a otros elementos nutritivos deficitarios, tales como hierro, vitamina A y yodo, influyentes en las defensas orgánicas y el desarrollo cognitivo.

La encuesta de micronutrientes¹⁸ demostró una prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años equivalente a un 31%, sobre todo en el período de inicio de la adolescencia (50%), asociado principalmente a un déficit de ferritina en el 70% (ferritina menor de 25 uG/L Cuadro No.9

Así mismo, la encuesta demostró en niños de 1 a 14 años, un 19% de niveles bajos de vitamina

CUADRO No. 9

ANEMIA EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS

	No	%
Hemoglobina < de 12 G/dL	358/1164	30.7
Ferritina < 25 uG/L	507/797	63.6
Anemia	122/175	69.7

Fuente:

CENSIMI 1993

A y 5% en los pre-escolares, con 5% de deficits de Retinol en el grupo total y de 6% en los pre-escolares. Ver Cuadro No. 10.

Por otra parte, el 5% de los niños asistentes a las escuelas presentaron bocio, particularmente los de 6 a 14 años con 7%, siendo llamativo que solo 26% de la población de escolares ingería el yodo necesario, y un 42% con una excreción menor de 3 uG/dL. Cuadro No. 11

El conocimiento de estas realidades ha hecho delinear un ambicioso plan de atención nutricional a madres y niños (PNAN), y dentro del

CUADRO No. 10

NIVELES DE VITAMINA A EN NIÑOS

	< 20 uG/dL	< 10 uG/dL
1 - 14 años	285/1516 (18.8%)	71/1516 (4.7%)
< 6 años	174/765 (22.7%)	44/765 (5.8%)

Fuente:

CENSIMI 1993

cual, el código de la lactancia materna luce ser, uno de los puntos mas sobresalientes, conjuntamente con su inclusión en el Plan Nacional de Desarrollo, apoyo al desayuno escolar, la obligatoriedad de la yodación de la sal, el suministro de Vitamina A a niños menores de 5 años, los planes provinciales de alimentación y nutrición y la utilización de la investigación en el planeamiento de las acciones, sin embargo, el programa en si no luce haber desarrollado la fuerza necesaria para vislumbrar efectos positivos a corto palzo. Las acciones prácticas, puntuales, no lucen haberse definido con la agilidad y peso necesario.

El fin de siglo no obstante, nos sorprende con la aparición de elementos de alteraciones de la salud infantil propio de una epidemiología en cambios.

La llamativa prevalencia en la MI de la

CUADRO No. 11

DEFICIT DE YODO EN NIÑOS DE 6 A 14 AÑOS

	No.	%
Bocio	213/4033	5.3
Excreción de yodo		
< 3 uG/dL	355/857	42.4
< 7 uG/dL	622/ 839	74.3

Fuente:

CENSIMI 1993

patología perinatal y de las anomalías congénitas nos acercan a la patología de países mas desarrollados. Asimismo la aparición como importante en el bienestar del adulto, del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes,

impacta con nuevas consideraciones el panorama de la salud de nuestros niños al final del siglo.

A finales de la década de los ochenta, un estudio realizado en adolescentes de un grupo socioeconómico alto, mostró una incidencia de exceso de peso según los criterios de peso para talla de alrededor de un 15%, y cerca de diez años después la incidencia es de 30%, es decir se había duplicado. Cuadro No. 12

CUADRO No. 12

**SOBREPESO EN ESCOLARES ADOLESCENTES
SEGUN METODO DE ANALISIS**

IMC	%
> + 2 DE	20.6
> 120% M	20.0
> 97 P	25.2
Peso/ talla	
> 120% M	21.4

Nota.- IMC = Indice de Masa Corporal

Fuente:

CENISMI 1996

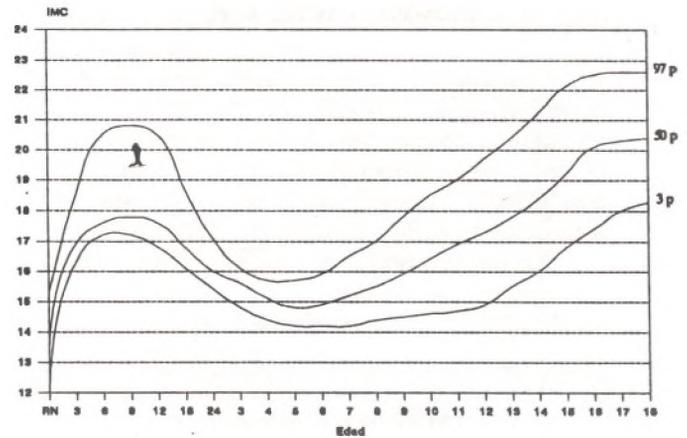
En este último estudio al que nos referimos se utilizó además el Índice de Masa Corporal (IMC) como elemento evaluatorio del sobrepeso (Cuadros 13 al 16), encontrándose que el 20.6% de los escolares adolescentes estudiados, presentaron un IMC mayor de + 2 DE, particularmente en varones (23.7%), sobre todo en los escolares de grupos económicos altos (35.6%), siendo llamativo la mayor frecuencia de sobrepeso en niñas de las escuelas sub-urbanas. Ver Cuadro No. 17

El estudio puso de manifiesto algunos elementos de interés analítico. Por una parte, la prevalencia mayor de sobrepeso en los escolares de 13 a 15 años reduciéndose en un 60% a los 18 años, insinuando que alrededor de un tercio de las niñas con sobrepeso al inicio de la adolescencia lo siguen siendo al final de ella y potencialmente en los años siguientes.

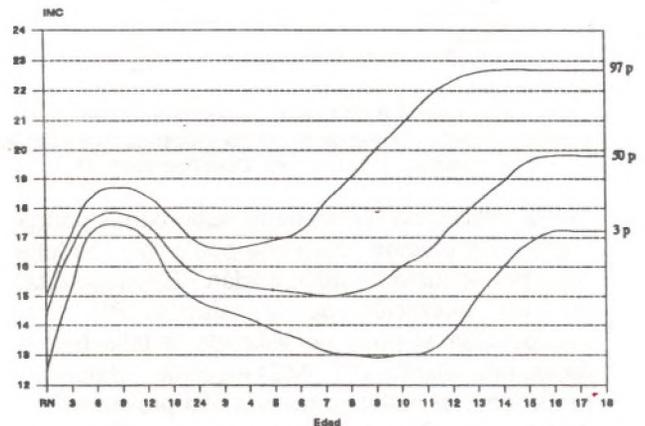
Así mismo, los factores asociados más importantes fueron el de pertenecer a un grupo social económicamente elevado con un riesgo relativo (RR 2.2), la existencia de talla alta (RR 2.6) y talla baja (RR 1.8).

CUADRO No. 13

Indice de Masa Corporal (IMC) en niños dominicanos bien alimentados según edad, de recién nacidos a 18 años



Indice de Masa Corporal (IMC) en niñas dominicanas bien alimentadas según edad, de recién nacidas a 18 años

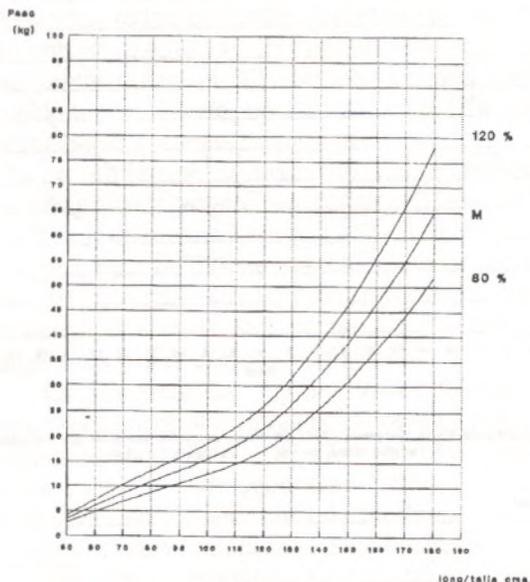


Aunque el análisis de los datos referentes al consumo calórico y proteico, así como la actividad de los escolares, no fueron concluyentes, destacó en el estudio el exceso calórico consumido a expensas de las grasas (más de 30%) en el grupo económicamente alto, así como una tendencia a más sedentarismo y menor actividad laboral en aquellos con sobrepeso, aunque con mayor actividad doméstica y laboral en los grupos urbanos marginales y rurales con sobrepeso. Contribuyendo estos elementos de contradicción a considerar la incidencia de algún factor étnico de género.

Un comentario, no obstante, es pertinente. La notoria prevalencia de sobrepeso en mujeres

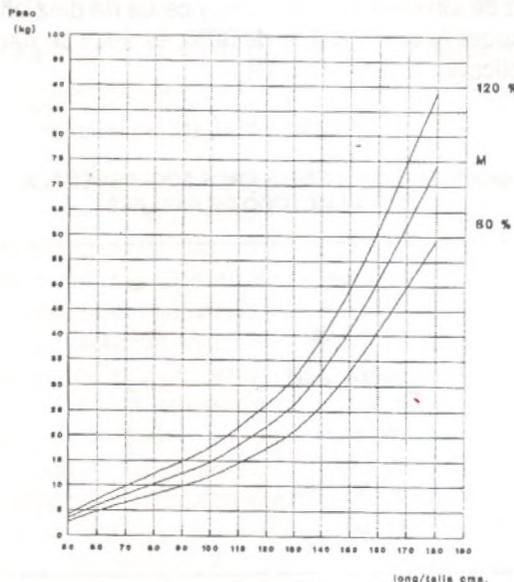
CUADRO No. 14

PESO LONGITUD-TALLA EN NIÑOS DOMINICANOS DE 0 - 18 AÑOS DE FAMILIAS CON INGRESO ECONÓMICO MEDIO-ALTO



Calculado a partir de los datos del estudio de peso-talla y circunferencia craneal de niños dominicanos bien nutridos de Mendoza y Col. Arch. Dom Ped 1981; 17: 7

PESO LONGITUD-TALLA EN NIÑAS DOMINICANAS DE 0 - 18 AÑOS DE FAMILIAS CON INGRESO ECONÓMICO MEDIO-ALTO



Calculado a partir de los datos del estudio de peso-talla y circunferencia craneal de niños dominicanos bien nutridos de Mendoza y Col. Arch Dom Ped 1981; 17: 7

adolescentes de las escuelas suburbanas podría sugerir los efectos sobre una población con talla baja por secuela de desnutrición PE recuperada, de una alteración de la relación P/T , al recuperarse el peso persistiendo la talla baja y dando una relación P/T (IMC) elevada, debiendo recordarse el hallazgo de una alta prevalencia de IMC elevado en los niños con talla baja.

Por otra parte, deben tenerse presente las observaciones de algunos investigadores²⁰⁻²¹, respecto a los efectos del déficit nutricional en los dos primeros trimestres del embarazo y el desarrollo de sobrepeso en la vida postnatal, recordandose la incidencia de déficit nutricional durante el embarazo sobre el BPEG o RCIU, sobre todo de tipo armónico, así como la incidencia de BPN en el déficit de talla de niños dominicanos menores de 5 años (16%)¹³. Todos estos hechos requieren de mas estudios para una correcta interpretación de relación.

El sobrepeso y potencial obesidad, contribuye, sin dudas , a visualizar el panorama de la salud con nuevas perspectivas, y donde la desnutrición por defecto y por exceso conviven,

puntualizandose las deficiencias específicas.

LA PEDIATRIA DOMINICANA

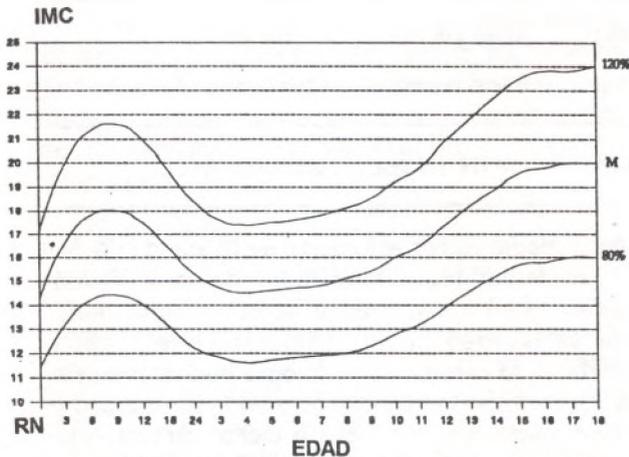
La atención al niño como acción especializada médica probablemente se percibió desde el siglo pasado, pero mas sin dudas desde principio del presente siglo, recayendo sobre los médicos generales y parteros dicha responsabilidad.

Intentos de atención pediátrica fueron ofertados por los años veinte, cuando algunos médicos se insinuaban como " especialista" de niños aunque sin desprenderse de sus funciones de médicos generales.

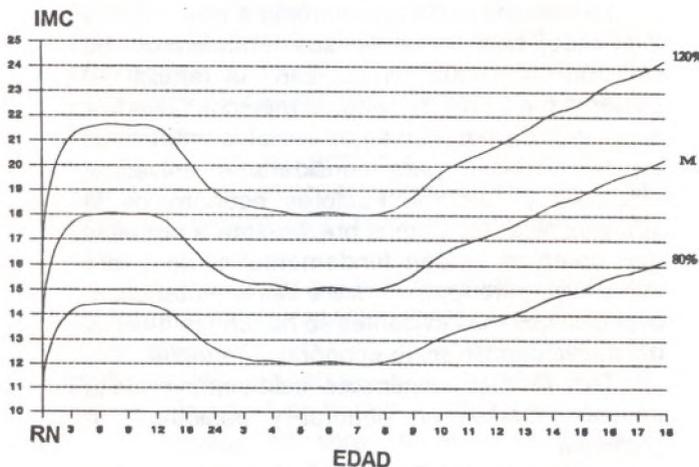
Fue en el edificio construido por la Cruz Roja Dominicana (1932) en la Calle Santiago No. 4, utilizado como hospital de emergencia, donde surgió la idea de un hospital de niños, aunque ya insinuaciones al respecto habían aparecido en la prensa nacional en la década anterior, y un intento de hospital de niños "privado" ocurrió a finales de los años veinte, en la esquina noreste de la intersección de las calles 30 de marzo y México. Intento que duró solo algunos meses.

CUADRO No. 15

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN NIÑAS DOMINICANAS BIEN ALIMENTADAS, SEGUN EDAD, DE RECIEN NACIDAS A 18 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN NIÑOS DOMINICANOS BIEN ALIMENTADOS SEGUN EDAD, DE RÉCIEN NACIDOS A 18 AÑOS.



La idea fructificó, convirtiéndose el Hospital de Emergencia en Hospital de Niños (1935) y que culminó con la construcción del pabellón anexo al Hospital de Cruz Roja, que se bautizó, en conjunto, como Hospital de Niños Ramfís²⁵, en el 1939. Hasta esa época ningún médico se había dedicado al ejercicio exclusivo de la pediatría, hecho que no ocurriría hasta algún tiempo después.

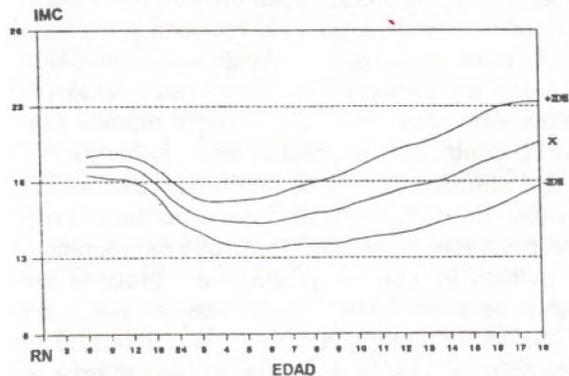
La enseñanza de la Pediatría en la Universidad del Estado, no se inicia de forma regular si no alrededor de la época de fundación del Hospital de

Niños, al regresar al país el primer médico con "adiestramiento" especializado en la materia, aunque la posibilidad no confirmada, faltando investigación en el asunto, de que se ofertaran clases de pediatría allá por el año 1916, ha sido reconocida por algunos.

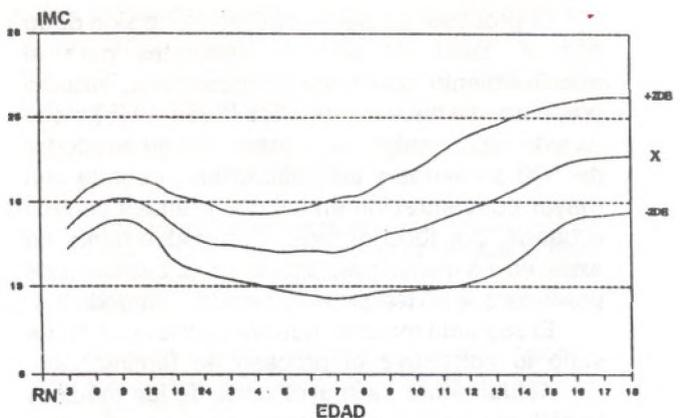
Varios años después, y con el entusiasmo de algunos médicos del Hospital y con la existencia en el país de no más de 10 médicos practicantes de la pediatría, se funda en el Hospital de Niños, la Sociedad Dominicana de Pediatría (1947) que cumple en 1997, sus cincuenta años de existencia y con una membresía que sobrepasa los 500

CUADRO No. 16

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN NIÑAS DOMINICANAS BIEN ALIMENTADAS SEGUN EDAD, DE TRES MESES A 18 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN NIÑOS DOMINICANOS BIEN ALIMENTADOS SEGUN EDAD, DE SEIS MESES A 18 AÑOS



asociados.

El nacimiento, crecimiento y desarrollo de la Pediatría Dominicana ha descansado

CUADRO No. 17
SOBREPESO EN ESCOLARES ADOLESCENTES (IMC > + 2 DE)

SEXO	ESC URB	ESC SUB-URB	ESC RURAL	TOTAL
Masc	38/12 (46.3%)	10/94 (13.5%)	08/80 (10.0%)	56/236 (23.7%)
Fem	24/92 (26.0%)	18/103(17.5%)	11/96 (11.4%)	53/291 (18.2%)
TOTALES	62/174 (35.6%)	28/177 (15.8%)	19/176 (10.8%)	109/527(20.6%)

precisamente en esos tres pilares constituidos por el Hospital de Niños la Cátedra de Pediatría de la Universidad del Estado y la Sociedad Dominicana de Pediatría, cada uno en el espacio que le corresponde, pero unidos por un adherente tejido unificador. Y dentro de este contexto y a pasos lentos pero seguros, la investigación en salud infantil y en pediatría ha encontrado refugio y realización, para constituir la rama médica que mas ha contribuido al conocimiento de la misma.

La atención pediátrica en nuestro país, en los últimos 30 años, coincide con el tortuoso pero firme progreso de nuestro desarrollo democrático, ha coincidido con el progresivo proceso de mejoría de la mortalidad infantil, con un cambio de su patrón mórbido, y a lo que ha contribuido el desarrollo y crecimiento de la enseñanza y adiestramiento pediátrico. Siendo matizada, dicha atención, precisamente, al finalizar el siglo, por tres características: democratización, feminización y tecnificación.

El proceso de democratización ha sido dado por el desarrollo de las facilidades para el adiestramiento pediátrico de postgrado, iniciado precisamente hace treinta años (1966-1996) y que ha sido responsable de la existencia de alrededor de 500 pediatras y su distribución, aunque con mayor concentración en los dos grandes centros urbanos, por todo el país. Y probablemente no exista en los momentos actuales una cabecera de provincia que no tenga un especialista en pediatría.

El segundo matiz de nuestra pediatría de fin de siglo lo constituye el proceso de feminización.

Actualmente la mayor parte de los médicos pediatras son mujeres, hecho que pronosticamos hace 25 años, y mas del 90% de los actuales residentes en adiestramiento son mujeres. El hecho sin dudas, tiene ribetes intensamente positivos, por la naturaleza misma de la relación

mujer-madre-hijo en el fomento de la salud infantil.

El tercer matiz modulador de la atención pediátrica en los momentos actuales viene dado por la realidad de los cambios en el patrón mórbido, al resaltar la patología perinatal como factor de importante incidencia en la mortalidad y salud infantil y que mueve a dicha dirección la enseñanza, adiestramiento, investigación y atención pediátrica, introduciendo elementos técnicos, sin dudas requirientes para un pediatra acorde con los avances científicos y tecnológicos.

La atención pediátrica ofertada a nivel público y privado, esta última en sus modalidades de relación contractual directa con la familia del paciente o a través de seguros médicos privados, se ve influida por elementos sociales influyentes en su debilidad para considerarse universal, equitativa y solidaria. Factores económicos la influyen. Nos referiremos brevemente a aquellos que creemos inciden fundamentalmente sobre ello y cuya participación luce ir incrementandose, a medida que mas evidentes se hacen las fuerzas del nuevo cambio socio-económico mundial.

Tres factores económicos están influyendo la atención médica en general y pediátrica en particular.

Primeramente el aumento de la pobreza que arropa mas de la mitad de nuestras familias y que requieren de la oferta hospitalaria para atender sus necesidades de salud, en un momento que no luce ser para el hospital público el mejor de su historia, y que aunque coincidente con mejorías en los indicadores de salud, por los efectos de acciones sanitarias específicas sobre la población, no se percibe en la atención hospitalaria esa sensación de satisfacción requiriente para considerar una atención médica solidaria y equitativa.

Un segundo elemento modelante de la atención médica pediátrica viene dado por la

tendencia privatizante de dicha atención ante el debilitamiento de la atención pública y el deterioro de los servicios médicos de la seguridad social estatal, hecho que ha forzado al rápido crecimiento de iguales y seguros médicos privados — limitantes y utilitariamente orientados.

Y como tercer elemento recae sobre ambas situaciones los efectos de nuevas tecnologías particularmente diagnósticas sobre utilizadas y no siempre bien orientadas, incrementando los costos de la atención, cuya culminación — la acción terapéutica — se ve entorpecida.

Las características estructurales de los seguros médicos y que hemos definido previamente, desvía, fuerza a un incremento de las acciones médicas privadas que no cumplen precisamente con los postulados de universalidad, equitatividad y solidaridad, y cuyos costos fácilmente se exorbitan. Y de una calidad que obliga a los privilegiados de una sociedad inícuca a la búsqueda de respuestas allende a los mares.

La realidad observada ha comenzado a ser influida — aún timidamente pero a pasos firmes — por los procesos económicos definidos como de apertura comercial y globalización, dirigidos desde los países hegemónicos del mundo occidental, a través de sus organismos de penetración y dominación ahora en manos de la tecnología.

El mundo se achica con el considerable desarrollo de la comunicación, y ninguna actividad humana está exenta de las influencias de otros.

Si bien es cierto que la atención pediátrica, en su forma simple primaria, podría ser la menos o más tardía en ser tocada por el proceso de globalización y apertura, su presencia, por los signos observados, mueve a reflexiones.

El tratado de libre comercio de los tres grandes países de América del Norte¹⁹ permite y potencializa la participación en el mercado de la salud de un país en el otro, pero con regulaciones que no favorecen precisamente al más débil económica, técnica y estructuralmente. En otros países, como el nuestro, los síntomas observables — promoción de instituciones médicas del exterior mediante la difusión de sus conocimientos y tecnologías, la venta de seguros médicos desde el exterior a nacionales, y la "franquicia" aparentemente concedidas a grupos médicos locales, conjuntamente con las potenciales ofertas al exterior de servicios diagnósticos y terapéuticos

locales con "mano de obra" barata — dejan entrever la posibilidad de que pasos más penetrantes puedan ocurrir, aún sin tratados "comerciales" previos, y que si bien dicho proceso iría primariamente dirigido a captar grupos económicamente capaces nacionales y extranjeros, lo que podría ser un derecho de dichos grupos, al poder pagar, el proceso de deformación de la atención médica que se introduce, no deja de ser preocupante, aunque la globalización del libre comercio nos vende la idea de que el mismo nos beneficiará igual a todos²³.

Estos hechos, no dejan, sin embargo, de darnos algunos resplandores de optimismo. Si queremos competir y sacar provecho de dicha realidad, amplios cambios en la atención médica deben producirse. Habrá que estudiar más y por más tiempo y siempre. Normas de calidad asistencial y organizativa deben establecerse. Y la investigación podría "hacer pie" en nuestra cultura. Las universidades y escuelas de medicina deben de nuevo comenzar a repensarse y los Estados y sus gobiernos que se dicen protectores de sus gentes deben redefinirse, ofertándonos en lo que podemos competir y aprovechándonos del capital y la tecnología de inversión. Pero teniendo como norte un real proceso de equitatividad y solidaridad. Los cambios estructurales que requieren nuestra forma de ofrecer salud — por no decir nuestros "sistemas" de salud — y que han comenzado a indicarse desde las instituciones responsables²⁴ podrían dar respuesta a ese proceso que se inicia y que penetra todas las actividades humanas en todas partes del mundo, este momento histórico de realidades angustiantes pero que apuntan a lo que podría ser un nuevo y necesario renacer del hombre al tornar el siglo !.

REFERENCIAS

- 1.- CENISMI. Mortalidad infantil. Problema de salud, técnico y administrativo. Serie de Reuniones Técnicas II, 1993
- 2.- SESPAS:. Encuesta Diagnos, 1973
- 3.- Mendoza H. Medio ambiente y la salud en la República Dominicana. En CENISMI. Serie de publicaciones Técnicas II, 1994
- 4.- Mendoza H. El agua y la salud de los niños en la Rep. Dom. Bol CENISMI 1995; 5: No.1
- 5.- Santana I, Rothe M. El impacto distributivo de la gestión fiscal en la Rep Dom. Ed Siglo 21, Sto Dgo 1992

- 6.- PROFAMILIA. ENDESA-91, 1992
- 7.- CENISMI. Mortalidad infantil intradomiciliaria por IRA. 1996
- 8.- Bautista L, Montero R. Morbimortalidad por EDA en menores de 5 años en la ciudad de Santo Domingo. Bol Est Esp (Sto Dgo) 1986, 2: 1-4
- 9.- Mendoza H. Situación de Salud en la Rep Dom. CENISMI, Publicación Técnica II, 1992
- 10.- UNICEF. Estado Mundial de la infancia, 1996
- 11.- The Economist, agosto 1994
- 12.- CENISMI. Mortalidad materna en el Distrito Nacional, 1996
- 13.- CENISMI. Desnutrición proteico energética en niños menores de 5 años. Encuesta Nacional 1987
- 14.- CONAPOFA. DHS-86, 1987
- 15.- CENISMI. Monitoreo de los efectos de las políticas sociales y económicas sobre el bienestar infantil (MEPES) 1992
- 16.- CENISMI. Talla de escolares dominicanos de primer grado de primaria. Serie de Publicaciones Técnicas II, 1995
- 17.- CENISMI. Deficit de micronutrientes en niños de la Rep Dom. Serie de Publicaciones Técnicas I, 1995
- 18.- CENISMI. Sobrepeso en escolares adolescentes, 1996
- 19.- OPS/OMS. Informe de la reunión técnica sobre obesidad en la pobreza: Situación de America Latina, Habana, Cuba, 15 - 19 de marzo 1995, Washiington DC 1996
- 20.- Poskitt E M E. Early feeding and obesity. In Long term consequences of early feeding. Boulton J, Laron Z, Rey J, Editors. Nestlé Nutrition Services, Philadelphia, Lippincott-Raven 1996
- 21.- Dietz W H. Critical periods in childhood for the development of obesity. Am J Clin Nut 1994; 59: 955-59
- 22.- Gomez Dantes O, Frank J, Cruz C. El comercio de servicio de salud en America del Norte en el contexto del Tratado de Libre Comercio. Bol Of Sanit Pan Am 1996; 120: 282-90
- 23.- Diaz Santana A. Modelos de desarrollo y política de Salud.. Sto Dgo, Rep Dom. Ed Taller 1996
- 24.- Comisión Nacional de Salud: Salud. Visión de Futuro. Elementos para un acuerdo nacional , 1996
- 25.- Miranda R. Historia de la Medicina. Ciudad Trujillo (Santo Domingo), 1960

REFERENCIAS

- 1.- CENISMI. Mortalidad infantil. Programa de salud, técnica y administración. Serie de Publicaciones Técnicas II, 1992
- 2.- SEPASA. Encuesta Demográfica, 1973
- 3.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 4.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 5.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 6.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 7.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 8.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 9.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 10.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 11.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 12.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 13.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 14.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 15.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 16.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 17.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 18.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 19.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 20.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 21.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 22.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 23.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 24.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992
- 25.- WHO. World Health Statistics Quarterly, 1992

ANEXO

Elementos definidores de un desarrollo democrático

Elecciones libres y justas

Protección de las libertades civiles

Legislaturas multipartidistas

Prensa sin control

Libre participación de la sociedad civil en la orientación y actividades ciudadanas

Elementos definidores de una estructura óptima de un sistema de salud

Normatización Central

Descentralización administrativa

Autogestión

Participación comunitaria en la gestión de los servicios de salud

Política definida en la formación de recursos humanos

La investigación como base del planeamiento