

LA MORTALIDAD INFANTIL LLEGÓ A UN DÍGITO EN 2015

La mortalidad infantil a nivel nacional fue de 9,7 por mil en 2015. Surge del total de nacidos vivos en el país (770.040) y del total de niños fallecidos menores de un año (7445). Aunque haber llevado a un dígito este indicador es un logro relevante, es importante analizar hacia adentro del país las diferencias jurisdiccionales y regionales.



Por Ana María Speranza (*)

La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones anuales de los menores de un año y los nacidos vivos registrados en el mismo año. Se expresa por 1000 nacidos vivos.

Tiene dos componentes: neonatal, que comprende defunciones de menores de 28 días, se divide en precoz (entre 0 y 6 días de vida) y tardía (entre 7 y 27 días de vida) y postneonatal que incluye defunciones de mayores de 27 días y menores de un año.

A la mortalidad neonatal se la conoce como “mortalidad dura” y es mayor en países desarrollados, en poblaciones con buenas condiciones sociales, económicas y culturales, y a la postneonatal se la denomina “mortalidad blanda” y es alta en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones sociales, económicas y culturales. Las muertes se deben a problemas

La autora es médica pediatra, especialista en Sistema de Salud y Seguridad Social (Universidad ISALUD). Fue directora nacional de y es asesora del Departamento Materno Infantil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

provenientes del medio ambiente (infecciones, diarreas, problemas respiratorios, etc.).

Este indicador es muy importante para la planificación en salud, debido a su especial utilidad es necesario interpretar correctamente sus valores.

Otro elemento importante en el análisis de la mortalidad infantil, son los criterios de reducibilidad que

permiten clasificar a las defunciones según sus causas en reducibles o difícilmente reducibles. Decimos que son reducibles cuando en función del conocimiento actual y por acciones desarrolladas por los servicios de salud (accesibilidad y calidad) su frecuencia podría reducirse. Las difícilmente reducibles en la actualidad no pueden disminuirse. La última revisión de los criterios se realizó en 2011

en un trabajo conjunto de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la Sociedad Argentina de Pediatría.

La estructura de la mortalidad infantil según criterios de reducibilidad señala que 62,9% de las defunciones en el primer año de vida se pueden reducir gracias al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico existente en el sistema de atención de salud en nuestro país

Evolución del indicador

La mortalidad infantil a nivel nacional fue de 9,7 por mil en 2015. Surge del total de nacidos vivos del país (770.040) y del total de niños fallecidos menores de

un año (7445). Se ha logrado llevar a un dígito la mortalidad infantil, pero debemos analizar hacia adentro del país las diferencias jurisdiccionales y regionales. Desde 1980 y hasta 2015 se observa una tendencia al descenso en la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). En ese período, el descenso ha sido de 70,8%, desde una TMI de 33,2‰ en 1980 a 9,7‰ en 2015. En cuanto al número absoluto de defunciones infantiles, entre los años 1990 y 2015 -con 17.348 y 7445 defunciones infantiles, respectivamente-, se constata un descenso de 9903 defunciones infantiles. La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) fue de 6,6‰ y la Tasa de Mortalidad Postneonatal (TMP) de 3,1‰.

Con respecto a los Objetivos del Milenio (ODM) 2000-2015, el ODM 4 para reducir la mortalidad infantil en dos tercios deberíamos haber llegado a 8,5‰; la TMN 5 y la TMPN 3,5; se logró el ODM para mortalidad postneonatal, pero no para la TMN. Para el período 2015-2030 nuestro país firmó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados por las Naciones Unidas en 2015, en los que se encuentra el de garantizar que todos los niños tengan vidas sanas y promover su bienestar. Una de las metas de los ODS consiste en poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. Nuestro país deberá fijar las metas al 2030.

Mortalidad infantil según causas

Total de defunciones:	7445
Afecciones perinatales:	3728 (50,1%)
Malformaciones congénitas:	2085 (28,0%)
Enfermedades del sistema respiratorio:	503 (6,7%)
Enfermedades infecciosas y parasitarias:	236 (3,2%)
Causas externas:	176 (2,4%)
Otras causas:	323 (4,2%)
Mal definidas:	394 (5,4%)

La estructura de la mortalidad infantil según criterios de reducibilidad señala que 62,9% de las defunciones en el primer año de vida se pueden reducir gracias al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico existente en el sistema de atención de salud en nuestro país.

Los nacidos vivos con menos de 2500 gramos y particularmente los nacidos con menos de 1500 gramos representan un grupo importante para la salud pú-

blica debido a su mayor vulnerabilidad, lo que se traduce en una mayor morbimortalidad. Mientras los nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor a 2500 gramos) representan 7,2% de los nacimientos, representan 59,1% de las defunciones infantiles; los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (menor a 1500 gramos), representan 1,1% de los nacimientos y 41,4% de las defunciones.

Mortalidad infantil por jurisdicción

Comparación de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en período de 10 años

Total país y según jurisdicciones. Años 2006-2015

	2006	2015	Variación %
Total País	12,9	9,7	-24,8%
CABA	8,3	6,4	-22,9%
Buenos Aires	12,5	9,9	-20,8%
Catamarca	15,4	11	-28,6%
Córdoba	11,6	8,4	-27,6%
Corrientes	17,5	14,5	-17,1%
Chaco	18,9	11,6	-38,6%
Chubut	11,5	6,9	-40%
Entre Ríos	12,6	10,4	-17,5%
Formosa	24,2	12,6	-47,9%
Jujuy	17	10,7	-37,1%
La Pampa	10	8,9	-11%
La Rioja	14,1	11,3	-19,9%
Mendoza	11,9	8,7	-26,9%
Misiones	17,1	9	-47,4%
Neuquén	9,8	8,7	-11,2%
Río Negro	9,3	8,2	-11,8%
Salta	14,9	11,8	-20,8%
San Juan	14	9,1	-35%
San Luis	12,8	9,4	-26,6%
Santa Cruz	15,4	10,9	-29,2%
Santa Fe	11	8,3	-24,5%
Santiago del Estero	12,1	8,3	-31,4%
Tucumán	13,5	12,4	-8,1%
Tierra del Fuego	10,9	7,6	-30,3%

Fuente: Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Es de destacar el descenso en más del 30% de la mortalidad infantil en estos 10 años de las provincias del NEA: Misiones, Chaco y Formosa; del NOA: Jujuy y Santiago del Estero; y de la Patagonia: Chubut y Tierra del Fuego. Igualmente, es significativo el descenso en las provincias de la región Centro: Córdoba y Santa Fe; de Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis; y del NOA: Catamarca.

Dónde mueren los niños

Según institución (sector oficial o no oficial: obras sociales, prepagas clínicas y sanatorios) o extrainstitucionales (domicilio)

Total de defunciones:	7445	
Sector oficial:	4603	(62%)
Sector no oficial:	2166	(29%)
Muertes domiciliarias:	579	(8%)
Otro:	97	(1%)

De los fallecidos en domicilios, 488 fueron postnatales (constituyen el 20% de la mortalidad postneonatal) y 91 neonatales

Las defunciones fuera de los establecimientos de salud pueden ser un indicio de la falta de acceso real a la atención, o a pesar de haber consultado el sistema de salud no se reparó en los factores de riesgo de morir de ese niño menor de un año. Los factores de riesgo son en un niño menor de 6 meses, antecedentes de prematuridad o bajo peso al nacer, desnutrición, cardiopatía

u otra malformación severa, madre adolescente o analfabeta, necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Considerando que los dos tercios de la mortalidad infantil corresponde a la MN, y el impacto que en esta mortalidad tiene el bajo peso al nacer y el muy bajo peso, a ello debemos sumar las muertes maternas como consecuencia del embarazo, parto y puerperio, se decidió desde la Dirección de Maternidad e Infancia del ministerio de Salud iniciar una

evaluación de todas las instituciones públicas donde nacían niños en el país.

Esta evaluación se hizo entre el 2010 y 2011. Se analizaron los establecimientos por tamaño según cantidad de partos anuales, la observancia de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales y el cumplimiento de los servicios de Obstetricia y Neonatología en distintos rubros, con especial énfasis en las maternidades más grandes, con el objetivo de mejorar la asistencia y disminuir la morbilidad materno neonatal.

Las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) publicadas por la OMS en 1986 son las medidas de seguridad básicas para la atención perinatal:

- Disponibilidad Quirúrgica para procedimientos obstétricos.
- Anestesia
- Transfusión de sangre segura.

- Tratamientos médicos maternos.
- Asistencia neonatal inmediata.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal.
- Transporte oportuno al nivel de referencia.

En la evaluación de las maternidades el cumplimiento total de las CONE fue bajo, ya que se observó solamente en el 44% de las maternidades. Los menores porcentajes se registraron en cirugía, anestesia y, especialmente, en sangre disponible.

En resumen, el estudio muestra un sistema de salud perinatal público con una elevada cantidad de maternidades pequeñas que presentan una muy baja complejidad y que no cumplen con las CONE o lo hacen parcialmente. Además, los servicios de obstetricia y neonatología no estaban categorizados según complejidad

La encuesta perinatal 2008 realizada en maternidades públicas de la Capital Federal y de la provincia de Buenos Aires demostró que los RN de muy bajo peso no se derivaban a pesar de nacer en maternidades con neonatologías de baja complejidad, por lo cual fallecían donde nacían. Los servicios de obstetricia y neonatología no tenían identificado su nivel de complejidad. Sí se pudieron analizar y definir los corredores sanitarios entre el conurbano y la Capital Federal.

Según un estudio oficial, el sistema de salud perinatal público muestra una elevada cantidad de maternidades pequeñas que presentan una muy baja complejidad y que no cumplen con las CONE o lo hacen parcialmente. Además, los servicios de obstetricia y neonatología no estaban categorizados según complejidad

Regionalización perinatal

A partir de estos estudios se tomó la decisión desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, como política pública, basada en derechos: toda mujer tiene derecho a un

embarazo planificado y a un parto seguro y respetado, y todo niño tiene el derecho a nacer en el nivel de complejidad que por riesgo le corresponde. La estrategia planteada fue la regionalización perinatal.

La regionalización perinatal es el desarrollo dentro de un área geográfica de un sistema de salud materno y perinatal coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización máxima de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.

La regionalización perinatal comienza en el primer nivel de atención, que debe asegurar un control prenatal

integral, identificar los embarazos de riesgo y derivar a la maternidad que por riesgo corresponda.

En relación al control prenatal todavía hay un 4,7% de embarazadas que llegan al parto sin control prenatal y un 31,8% con menos de cinco controles, considerados insuficientes, según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP 2015)

La regionalización de la atención perinatal es una de las políticas con mayores evidencias de efectividad y eficiencia: una búsqueda realizada en Medline de *perinatal regionalization* encontró 164 experiencias internacionales (48 en los últimos 10 años) con reducción de la mortalidad materno-infantil, y disminución de los costos en salud. Hay muchos antecedentes de regionalización, nacionales e internacionales. En las décadas del 70 y el 80 se produjeron las reformas de regionalización perinatal en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, Noruega, Suecia, Suiza, España y Chile. Pero hay dos casos que merecen destacarse, el milagro portugués y el caso de Neuquén en los años 70.

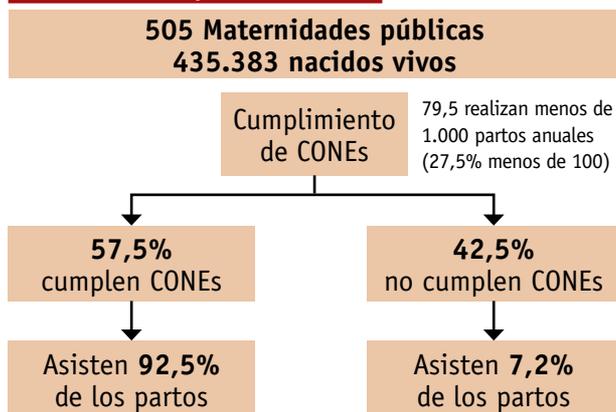
Hace treinta años, Portugal tenía altas tasas de mortalidad neonatal e infantil. Hoy en día, su mortalidad infantil está entre las más bajas del mundo. La reforma se inició en 1989. Las maternidades con menos de 1500 partos anuales fueron cerradas y se regionalizó el sistema sobre la base de una clasificación en niveles I, II y III. Se organizó un sistema nacional de transporte para embarazadas y recién nacidos y se intensificó la capacitación del personal por medio de posgrados en neonatología. La institucionalización del parto aumentó del 74% al 99% después de la reforma. La Tasa de mortalidad materna disminuyó de 9,2 por 100.000 en 1989, a 5,3 en 2003. La mortalidad perinatal disminuyó de 16,4 a 6,6 por 1000. La mortalidad infantil se redujo de 12,2 a 4 por 1000 y la mortalidad neonatal lo hizo de 8,1 a 2,7 por 1000.

Por su parte, la provincia de Neuquén redujo la mortalidad infantil a un dígito hace ya muchos años por haber implementado, con decisión política sostenida en el tiempo, un sistema de salud regionalizado (incluida la atención perinatal), con establecimientos de niveles de complejidad crecientes y con sistemas claros de referencia y contrarreferencia.

Evolución de partos en maternidades públicas según CONE

2010:	83,0%
2012:	89,5%
2014:	90,5%
2015:	92,5%

Maternidades públicas 2015



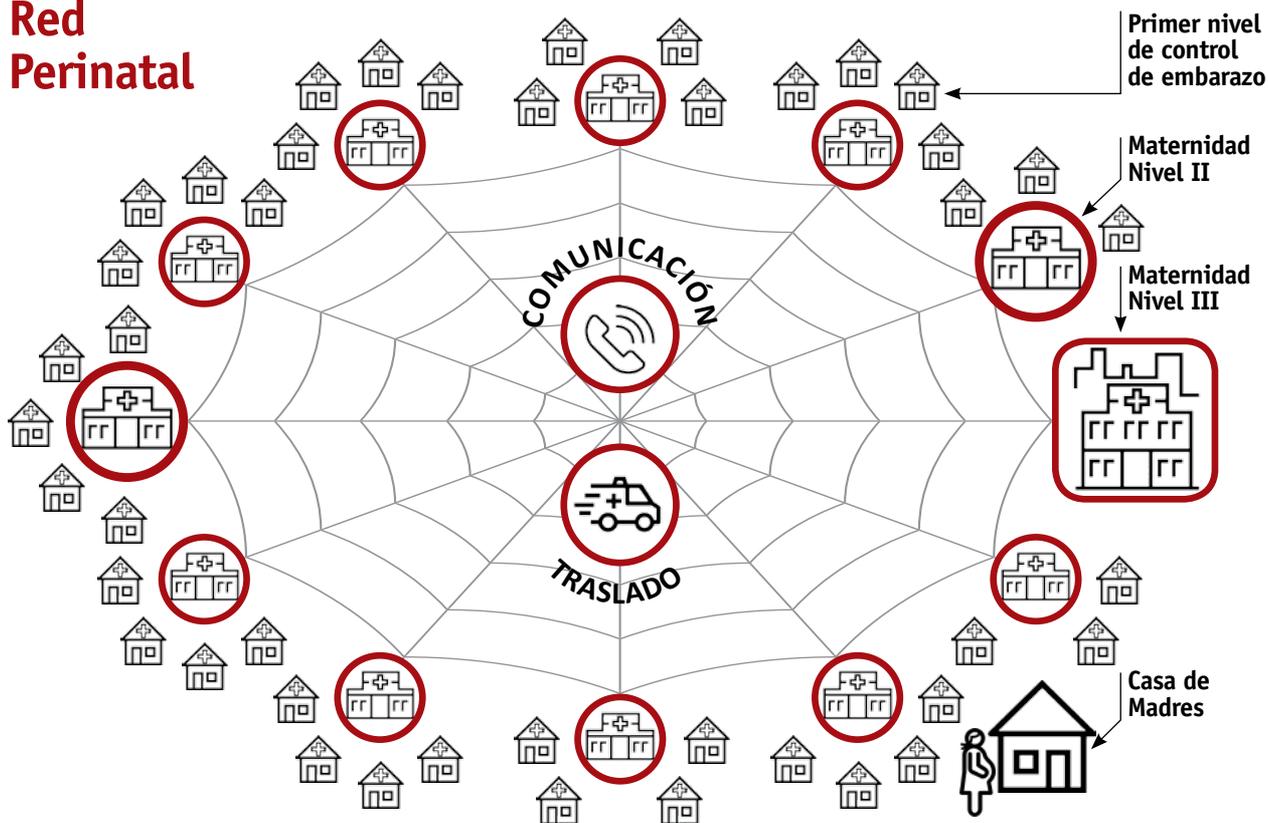
En otros 235 efectores de salud se asisten 1.564 partos (cada uno realiza menos de 25 al año) → 0,3% de los partos

Los partos en maternidades públicas con CONE fueron creciendo estos años. Todos los servicios de obstetricia y neonatología del sector público fueron categorizados según niveles de complejidad creciente: nivel II, bajo riesgo, y nivel III A o B, mediano y alto riesgo, respectivamente. La comunicación y el traslado son fundamentales para el funcionamiento de la red. Es necesario que exista una coordinación central de la red, que conozca la disponibilidad de camas y su complejidad. Las maternidades especializadas en atención de las embarazadas de alto riesgo deben contar una casa de madres -también llamada residencia de madres- para la espera del parto por razones de distancia, geográficas o sociales. Ese espacio hospedaría a las madres cuyos bebés están internados en la UCIN, permitiendo la continuación del amamantamiento y cuidado. Puede albergar también al binomio previo al alta.

La regionalización perinatal demostró que

- La MN es menor cuando los bebés de mayor riesgo nacen en unidades de mayor complejidad.
- Es posible lograr que más del 65% de los bebés de mayor riesgo nazcan en unidades especializadas.
- La mortalidad de los <1500 g depende de la experiencia de la institución tratante y del número de enfermeras por paciente crítico.
- Cuanto mayor es el trabajo en las Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), mejores son los resultados.
- Un censo mayor a quince recién nacidos en la UCIN se asocia con menor mortalidad en los recién nacidos de muy bajo peso. Las unidades pequeñas tienen peores resultados.
- La proporción de médicos especializados que se requieren es menor en los sistemas regionalizados.
- En los sistemas regionalizados la MM es menor.

Red Perinatal



A partir del plan de reducción de la mortalidad materno-infantil, de la mujer y adolescentes que se inició en 2011 desde el Ministerio de Salud con la firma de convenios con las provincias, que fijaron metas de reducción de la mortalidad materno-infantil se inició en cada una de ellas el proceso de regionalización perinatal con apoyo del nivel nacional.

Esta estrategia y las que ya se venían ejecutando han contribuido a lograr el descenso de la mortalidad infantil. Entre ellas, la promoción de la lactancia materna, la organización de la Campaña de Invierno, Campaña de Sueño Seguro, vacunas, sangre segura, Programa Nacional de Cardiopatías congénitas, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Adolescencia, etc.

Queda aún mucho por hacer, profundizar la regionalización perinatal y lograr una mejora continua en la calidad de atención de las madres y los recién nacidos, en especial los de alto riesgo materno-neonatal.

Sector no oficial

Respecto de las obras sociales y prepagos, las clínicas y sanatorios son habilitados por la autoridad jurisdiccional. La provincia de Neuquén, por medio de la Obra Social Provincial, evaluó las clínicas privadas y las categorizó según el nivel de riesgo. El pago del parto está condicionado a que se haya realizado en la clínica según nivel de

riesgo. Hubo algunos intentos en otras jurisdicciones. En muchas provincias el sector privado no tiene neonatologías de complejidad y los RN prematuros o con patología, son derivados del sector privado al público.

Es con el concepto de maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) con el que debemos trabajar. En nuestro país más del 99 % de los partos son institucionales, las condiciones de calidad de la atención no están aseguradas en todas las instituciones y en muchas no se da cumplimiento a la ley de parto respetado (Ley 25.929). [\[7\]](#)

Bibliografía

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica año 2015. www.deis.msal.gov.ar/
- Finkelstein J, Duhau M, Speranza A, Marconi E, Escobar P. Evolución de la mortalidad infantil de la Argentina en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Archivos Argentinos de Pediatría. Junio 2016; 114 (3) 216-222.
- Speranza A, Lomuto C, Santa María C, Nigri C, Williams G. Evaluación de Maternidades Públicas Argentinas 2010-2011. Revista Argentina de Salud Pública. Diciembre 2011; Vol. 2 – N° 9; 43-47.
- Regionalización de la atención perinatal, Documentos. Mayo 2010. OPS, Ministerio de Salud de la nación. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000176cnt-n02-regionalizacion.pdf>
- Aportes para el análisis y la reducción de las muertes de menores de 5 años en la Argentina. Resultados y conclusiones del EMMA. Unicef. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.unicef.org/argentina/spanish/Emma.pdf>
- Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). https://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf