

Mortalidad Infantil en la provincia de Buenos Aires

***Dra Flavia Raineri**

**** Dr. Marcelo Jaquenod**

Desde su creación en 1994 los principales objetivos del Programa Materno Infantil están centrados en dos ejes:

- 1. Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil y materna.**
- 2. Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes y mujeres en edad fértil de la provincia de Buenos Aires.**

La tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna son los indicadores duros que se toman habitualmente para hacer el seguimiento del primer eje.

¿Qué mide la tasa de mortalidad infantil?

La tasa de mortalidad infantil (relación entre defunciones de menores de un año cada mil nacidos vivos registrados en el transcurso de un mismo año) mide el “riesgo” de morir que tiene un niño durante su primer año de vida y es considerada un indicador crítico que refleja dimensiones como las condiciones de vida de una población, la situación de la infancia y el sistema de salud de un país.

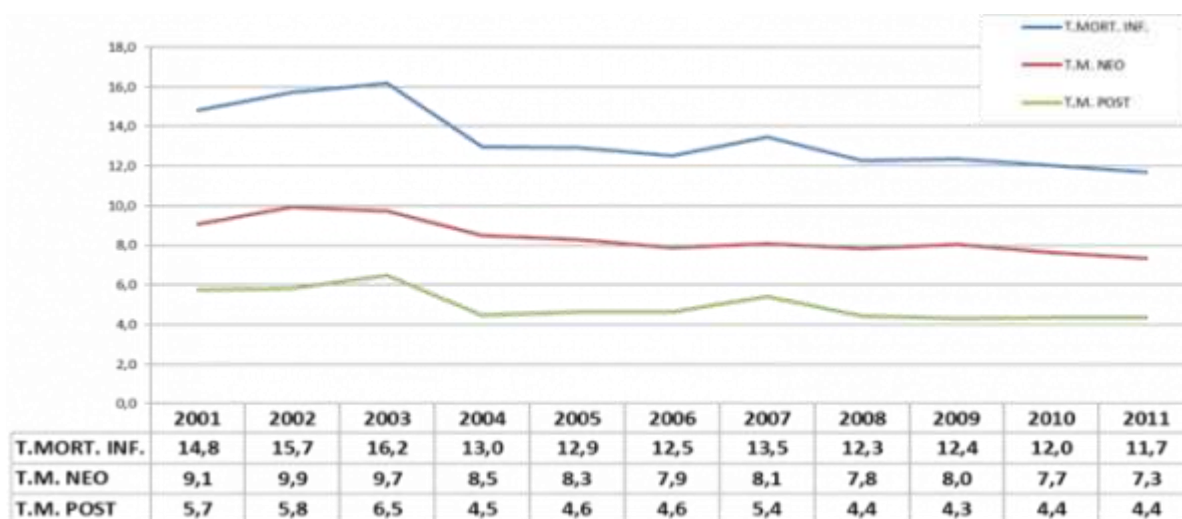
En los últimos años el análisis epidemiológico de las muertes infantiles y maternas se transformó en un tema prioritario dentro de la agenda de salud pública provincial. Esta decisión se plasmó con la firma del Plan de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y la Adolescente firmada por el gobernador de la provincia de Buenos Aires Daniel Scioli, el ministro de Salud de la provincia, Alejandro Colliá, y el ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur. En este Plan se acordaron metas a alcanzar (en una primera etapa fijadas para 2010) y el compromiso de realizar todas las acciones necesarias para mejorar las cifras actuales.

Por otra parte, en 2015 se verificará el alcance del cumplimiento del compromiso asumido por el país en 1990 durante la firma de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM), que incluyeron como meta cuantificable la reducción de las cifras de mortalidad infantil y la mejora de la salud materna (ODM IV y V).

El desarrollo de políticas públicas sostenidas y mejoradas en torno a la capacitación del recurso humano en salud, el acceso de la población a la entrega gratuita de medicamentos y a intervenciones oportunas de alta complejidad, la incorporación de personal médico calificado y el aumento del número de enfermeros para la atención del

recién nacido de riesgo en las unidades de terapia intensiva neonatal, junto al funcionamiento de los distintos programas provinciales del Ministerio de Salud (Plan Nacer, Programa de Cardiopatías Congénitas, Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia) contribuyeron para que en 2011 la tasa de mortalidad infantil alcanzada en la provincia de Buenos Aires fuera la más baja desde que se tiene registro (11,7 /oo niños nacidos vivos marcando 45 muertes menos que 2010 y una reducción de más de cuatro puntos respecto del 16,2 /oo registrados en 2003).

Gráfico 1 – Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes Años 2001 – 2011 Provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la DIS, SP, MSPBA

Algunas estrategias programáticas implementadas en los últimos años que contribuyeron a la reducción de las cifras de mortalidad fueron el fomento de la lactancia materna, la mejora de la atención y equipamiento de los servicios perinatales como así también de las redes de derivación para casos complejos.

Si bien la baja de las cifras de mortalidad infantil ha sido calificada como “histórica”, para la profundización de la reducción es necesario el trabajo intersectorial de los diferentes gabinetes provinciales (involucrando a los sectores de Salud, Desarrollo, Educación y Trabajo) que permitan realizar un abordaje integral del niño desde su concepción y protejan a las mujeres madres y embarazadas. La continuidad de los programas e iniciativas en funcionamiento en el sector de la salud -como los modelos de atención *Maternidad Segura y Centrada en la Familia* (MSCF) y *Atención Primero Embarazadas* (APE)-, junto al apoyo de instituciones públicas y privadas, y organizaciones especializadas de la sociedad civil –por ejemplo, la publicación del *Decálogo de los derechos del recién nacido prematuro* realizada por UNICEF- resultan ejes prioritarios para el fortalecimiento de los derechos existentes, junto al desarrollo y promoción de políticas públicas con enfoque en equidad y género.

Mortalidad infantil y sus componentes

En 2011 la provincia de Buenos Aires registró una totalidad de 291.955 nacimientos y la tasa de mortalidad infantil alcanzó la cifra de 11,7/100. Esto significa que fallecieron 3.412 menores de un año (2.140 antes de los 28 días de vida y 1.274 entre los 28 y 365 días). La división entre los fallecidos antes y después de los 28 días de vida tiene su razón en la diferencia existente entre las principales causas y el reflejo de distintos fenómenos.

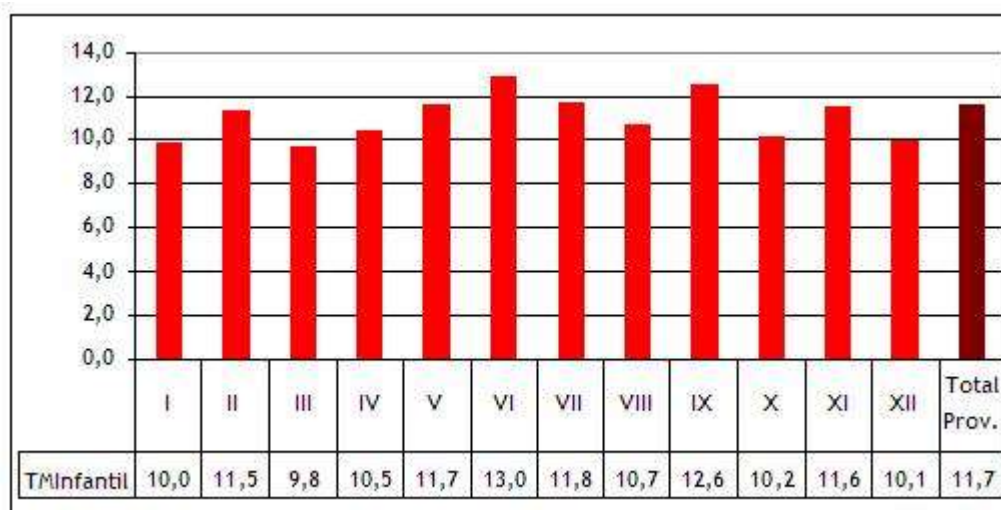
Los menores de 28 días tienen causas fuertemente relacionadas con la atención perinatal (detección precoz de la embarazada, controles adecuados, atención del parto en el nivel de complejidad correspondiente y seguimiento del recién nacido en sus primeros 28 días, principalmente aquellos de mayor riesgo).

La mortalidad neonatal contribuye habitualmente con 2 tercios de la mortalidad infantil y se concentra alrededor del nacimiento, siendo mayor en la primera semana de vida que en el resto del período.

Por otra parte, la tasa de mortalidad posneonatal se encuentra relacionada a causas de origen socioambiental y, secundariamente, a los servicios de salud.

Las condiciones socioambientales afectan el proceso de salud y enfermedad de los niños: las cifras no se mantienen al margen de las diferentes realidades e indican que las regiones sanitarias con mayores índices de pobreza presentan los mayores niveles de mortalidad infantil (a la vez que se producen falencias en el acceso de la educación, trabajo y salud, replicando una cadena de carencias de transmisión intergeneracional).

Gráfico 2 – Tasa de Mortalidad Infantil por Regiones Sanitarias. Año 2011 Provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la DIS, SP, MSPBA

Las principales causas que se identifican en los informes de defunción varían si estas

suceden el período Neonatal (antes de los 28 días de vida) o Postneonatal (entre los 28 días y el año) Tablas 1 y 2.

Tabla 1- Principales Causas de muertes Neonatales en Años 2010- 2011.
Provincia de Buenos Aires

CAUSA	2010			2011			DIFERENCIA
	PUESTO	NUMERO	%	PUESTO	NUMERO	%	
TOTAL DE DE FUNCIONES NEONATALES	2010	2195	100		2140	100,0	
TRAS. RESPIRATORIOS Y CARDIOVASC. PERIODO PERINATAL	1	608	27,7	1	550	25,7	-58,0
DURACION CORTA DE LA GESTACION Y BAJO PESO	2	431	19,6	2	391	18,3	-40,0
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEFINIDAS	6	165	7,5	3	176	8,2	11,0
OTRAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	7	108	4,8	4	174	8,1	68,0
MALFORMACIONES CONGENITAS NO ESPECIFICADAS Y MULTIPLES	3	185	8,4	5	171	8,0	-14,0
INFECCIONES PROPIAS DEL PERIODO PERINATAL	5	169	7,7	6	189	7,9	0,0
MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	4	184	8,4	7	165	7,7	-19,0
SEPTICEMIA	9	63	2,9	8	67	3,1	4,0
MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	8	76	3,5	9	61	2,9	-15,0
TRAS. HEMATOLOGICOS Y HEMORRAGICOS PERIODO PERINATAL	10	49	2,2	10	56	2,6	7,0
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	15	16	0,7	11	31	1,4	15,0
OTRAS CAUSAS BIEN DEFINIDAS	11	38	1,7	12	30	1,4	-8,0
MUERTE SUBITA	12	33	1,5	13	25	1,2	-8,0
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	13	28	1,3	14	23	1,1	-5,0
CAUSA EXTERNAS	16	13	0,6	15	17	0,8	4,0
CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	14	20	0,9	16	15	0,7	-5,0
DEMÁS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	13	3	0,1	17	12	0,6	9,0
SIFILIS CONGENITA	17	8	0,4	18	7	0,3	-1,0

Fuente: Datos proporcionados por la DIS, SP, MSPBA

Tabla 2 – Principales Causas de muertes Postneonatales en Años 2010- 2011
Provincia de Buenos Aires

CAUSA	2010			2011			DIFERENCIA
	PUESTO	NUMERO	%	PUESTO	NUMERO	%	
TOTAL DE DEFUNCIONES POSTNEONATALES		1255	100		1272	100,0	
OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	1	155	12,4	1	139	14,9	34
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	4	111	8,8	2	133	10,5	22
MALFORMACIONES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2	147	11,7	3	125	9,8	-22
MUERTE SUBITA	3	118	9,2	4	119	9,4	3
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS	5	103	8,2	5	100	7,9	-3
CAUSAS EXTERNAS (ACCIDENTES, HOMICIDIOS Y OTRAS VIOLENCIAS)	7	94	7,5	6	89	7,0	-5
OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	6	95	7,6	7	86	6,8	-9
SEPTICEMIA	8	83	6,6	8	83	6,5	0
OTRAS CAUSAS BIEN DEFINIDAS	10	52	4,1	9	47	3,7	-5
ENFERMEDADES DEL CORAZON Y CEREBROVASCULARES	9	58	4,5	10	45	3,5	-11
TOS FERINA	18	15	1,2	11	41	3,2	26
DURACION CORTA DE LA GESTACION Y BAJO PESO	13	27	2,2	12	34	2,7	7
TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASC. PERINATAL	16	19	1,5	13	33	2,6	14
OTRAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	17	16	1,3	14	29	2,3	13
MALFORMACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO	15	24	1,9	14	29	2,3	5
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	11	42	3,3	15	21	1,7	-21
OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	19	13	1,0	16	18	1,4	5
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	14	25	2,0	17	16	1,3	-9
TUMORES	20	11	0,9	18	15	1,2	4
MENINGITIS	18	15	1,2	19	13	1,0	-2
DESNUTRICION PROTEINOCALORICA	12	35	2,8	20	5	0,4	-30
SIFILIS CONGENITA	21	1	0,1	21	2	0,2	1

Fuente: Datos proporcionados por la DIS, SP, MSPBA

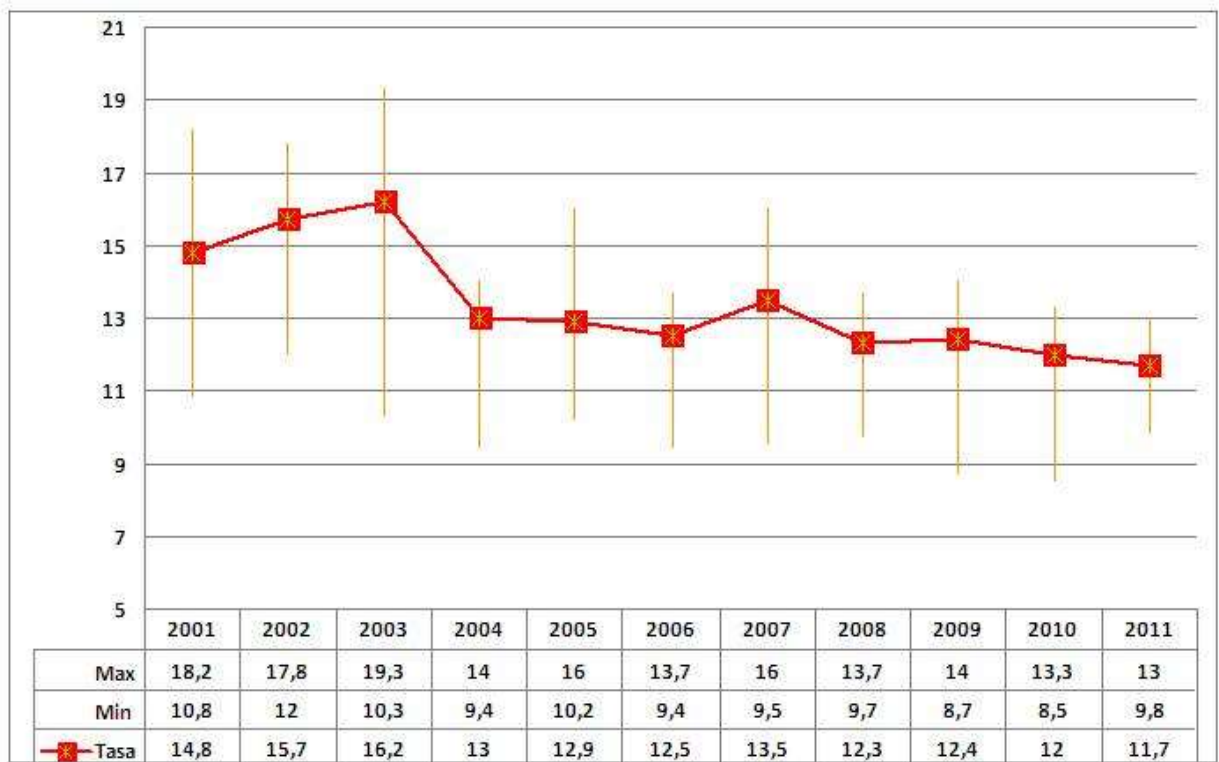
Desafíos

La continuidad en reducir aún más las brechas internas entre las regiones sanitarias y los municipios de la provincia de Buenos Aires implica la obligación de redoblar esfuerzos a fin de lograr un fortalecimiento en la regionalización provincial para la atención óptima del recién nacido y la eficaz asignación de recursos para focalizar acciones en base a prioridades.

Superar brechas entre las regiones sanitarias

Entre los factores a destacar de las cifras de 2011 figura la reducción de la brecha (Gráfico 2) en la tasa de mortalidad infantil entre las 12 regiones sanitarias provinciales (RS): mientras que en 2003 la diferencia entre la RS con valores más altos y más bajos fue de 9 puntos, en 2011 la diferencia se redujo a 3,2 puntos (Gráfico 3). En este sentido el trabajo en la regionalización perinatal, mediante el ordenamiento del sistema de salud por complejidad creciente, resultó de gran importancia.

Gráfico 3 – Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil y la Brecha entre las regiones. Años 2001 a 2011. Provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la DIS, SP, MSPBA

Superar brechas entre los municipios

En coincidencia con la situación registrada en las brechas entre las regiones sanitarias, la tasa de mortalidad infantil del conurbano bonaerense (12,1 /oo) es superior a la provincial (11,7 /oo), resultando más elevada en el tercer cordón (12,9 /oo) que en el segundo (12,3 /oo) y la más baja en el primero (11,0 /oo).

**Gráfico 4 – Tasa de Mortalidad Infantil por Cordones del Conurbano. Año 2011
Provincia de Buenos Aires.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la DIS, SP, MSPBA

En el Gráfico 5 se muestra que la concentración de los porcentajes de mortalidad materna por municipio: de los 135 Municipios que integran la provincia de Buenos Aires, 12 concentran el 50% de las Muertes Infantiles, 21 el 70% y 29 el 80% -este dato es de suma importancia al momento de establecer prioridades para el desarrollo de acciones y la asignación de recursos-.

Gráfico 5 – % acumulado de muertes infantiles. Año 2011 – Provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la DIS, SP, MSPBA

El análisis de muertes teniendo en cuenta el “lugar de ocurrencia”, observando como tal el tipo de establecimiento (público, privado o Seguridad Social) o el domicilio (de alta incidencia en las muertes postneonatales) como la aplicación de los criterios de “reducibilidad”, son elementos muy útiles al momento de profundizar en el desarrollo de distintas estrategias para reducir estos eventos irreversibles.

CONCLUSIONES:

Un solo caso de mortalidad infantil resulta un hecho trágico e irrecuperable y todo esfuerzo que se realice para evitarlo y mejorar las condiciones de vida de los que sobreviven debe ser una prioridad. Compromisos y convenciones nacionales e internacionales se centran en asegurar este derecho.

La provincia de Buenos Aires es la más poblada del país (alcanzando casi un 40 % de la población total) y dentro de ella conviven distintas realidades y situaciones complejas que exigen mucho esfuerzo resolver. Estas diferencias generan brechas que requieren de un abordaje de equidad para poder alcanzar a toda la población.

El modelo de Enfoque de Derechos e Inclusión Social de las políticas que guían las acciones determinan la necesidad de fortalecer aún más el trabajo conjunto intersectorial y con un fuerte sustento en la participación de la comunidad.

Se habla de inequidad cuando estamos frente a situaciones de desigualdades injustas y evitables que privan a ciertos niños, niñas y madres de realizar sus derechos a la salud y la vida. Estas privaciones aparecen cuando ciertos grupos son injustamente privados de servicios básicos que si son accesibles para otros grupos. Son injustos cuando estas privaciones se deben a factores sociales o de contexto y no a causas biológicas.

La discriminación por género o factores sociales, políticos y económicos que sistemáticamente impiden la realización de los derechos de ciertos grupos, como las mujeres, las minorías o los niños con capacidades diferentes, son causa de profunda preocupación desde una perspectiva de equidad^[1]. La equidad es un problema universal, pero los factores que la determinan dependen de cada contexto.

En comparación con el porcentaje de mortalidad infantil observado en los países desarrollados, la provincia de Buenos Aires presenta un patrón denominado de transición. Según los criterios internacionales de clasificación de la TMI^[2], la provincia de Buenos Aires registra:

- Baja MI (menor a 20 por mil), con predominio de las causas neonatales (prematurez, síndrome de dificultad respiratoria) y de las malformaciones congénitas, pero con persistencia de una frecuencia importante de causas posneonatales reducibles mediante prevención y tratamiento de baja complejidad, como son las infecciones respiratorias, la enfermedad diarreica y la desnutrición^[3].

Es necesario seguir trabajando intensamente en la promoción de la salud, en la prevención y tratamiento de las patologías que afectan a los más pequeños, pero también mejorar la gestión de los recursos, intersectorialidad, planificación y evaluación de políticas y programas.

Los desafíos son muy importantes y los tiempos urgentes: los niños y niñas no son el futuro, son el presente.

^[1]UNICEF. *How to design and manage Equity-focused evaluations* (2008).

^[2]Informe sobre la situación de la infancia en el mundo 2005. UNICEF, New York USA 2005.

^[3]SAP-UNICEF. *Salud Materno-Infanto-Juvenil en cifras 2009*.