

**Estudio de las muertes  
de menores de 5 años  
en la Argentina  
–EMMA–**

PRESIDENTA DE LA NACIÓN  
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

MINISTRO DE SALUD  
Dr. Juan Luis Manzur

SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS  
Dr. Máximo Diosque

SUBSECRETARIO DE SALUD COMUNITARIA  
Dr. Guillermo González Prieto

DIRECTORA NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA  
Dra. Ana Speranza

# Participantes

## EQUIPO CENTRAL NACIONAL:

### Ministerio de Salud de la Nación:

#### Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Dra. Ana Speranza, Dra. Lucrecia Manfredi, Dr. Pablo Durán.

*Informática:* Lic. Pablo Cadoche

*Administración:* Lic. Ademar Feccia, Sra. Rosario Zapata, Sra. Mariana Lopez Doblas.

*Asesoría legal:* Dra. Carla Drewes y Dr. Claudio Conti.

#### Dirección de Estadísticas e Información de Salud:

Lic. Élide Marconi, Lic. Carlos Guevel, Lic. Mercedes Fernández.

### UNICEF:

Lic. María del Carmen Morasso, Dr. Mario Rodríguez.

### Consultores externos:

Dra. Nelida Busso, Dra. Cristina Garibaldi.

### Responsable del muestreo:

Lic. Alicia Masaútis.

## ETAPA DE FORMULACIÓN

### Ministerio de Salud de la Nación:

#### Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Dra. Ana Speranza, Dra. Lucrecia Manfredi, Dr. Pablo Durán, Dr. Pedro de Sarasqueta,

Lic. Liliana Raggio.

*Informática:* Lic. Pablo Cadoche

*Administración:* Lic. Ademar Feccia, Sra. Rosario Zapata, Sra. Mariana Lopez Doblas.

*Asesoría legal:* Dra. Carla Drewes y Dr. Claudio Conti.

#### Dirección de Estadísticas e Información de Salud:

Lic. Élide Marconi, Lic. Carlos Guevel, Lic. Mercedes Fernández

### UNICEF:

Lic. María del Carmen Morasso, Dr. Mario Rodríguez.

### Consultores externos:

Dra. Nélide Busso, Dra. Cristina Garibaldi, Lic. Graciela Castañón, Lic. Alicia Masaútis.

## TRABAJO DE CAMPO

### Coordinadoras del trabajo de campo:

Dra. Nelida Busso y Dra. Cristina Garibaldi.

*Estadísticas:* Graciela Ballarino.

**Región Metropolitana:**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Primero y Segundo Cordón Suburbano de la provincia de Buenos Aires.

*Supervisión:* Dr. Alejandro Oleiro y Dra. Nelida Busso.

Dra. Nancy Boada, Dr. Carlos María Figueroa Turienzo, Dra. Mariana NASTRI, Dr. Ariel Golubicki, Dra. Adriana Alberti, Dr. Oscar Trotta, Lic. Juan Ghiorzi, Lic. Inés Hourcade, Lic. Jorgelina Matusevicius, Lic. Nilda del Carmen Di Gennaro, Dra. Alejandra Grass, Lic. Viviana Alvarez Cendón, Dra. Isabel Ballesteros, Lic. Esteban Guillén, Dra. Alejandra Savoy, Lic. Beatriz Vera, Dr. Adrián Ganso, Lic. María Susana Méndez, Lic. Nélica Nieto.

**Región Centro:** provincia de Santa Fe y resto de la provincia de Buenos Aires.

*Supervisión:* Dra. Nora Redondo

Lic. Hugo Frigerio, Dra. Sandra Bonavento, Lic. Marcela Alejandra Vidal, Dr. Juan Roqués, Lic. Paula Meschini, Lic. Carla Lorea, Dra. Norberto Santos, Lic. Lida López Santa Cruz, Lic. Paolini Clara Isabel, Dra. María Elisa Farri, Dr. Juan Carlos Bocanera, Lic. María Belén D'Epiro, Lic. María Mercedes Martorell, Lic. Alicia Vicenta Zárate.

**Región NEA:** provincias de Formosa, Corrientes, Chaco y Misiones.

*Supervisión:* Dra. Cora Cotti de La Lastra.

Lic. Nancy Alarcón, Dra. Patricia Alarcón, Lic. Rosa Solís de Duprat, Dra. Perla Cristina Guayaré, Lic. Emilia Mierez de Mercado, Lic. Débora Marco, Lic. Lidia Maidana, Dra. Liliana Beatriz Ensisa, Lic. Omar Héctor Rodríguez, Lic. María Cristina Delgado, Lic. María Elena Hertel, Lic. Karina Canceralich, Lic. Aranda, María Irma, Dr. Víctor Fernández, Lic. Teresita Oviedo, Lic. Rosaura Medina.

**Región NOA:** provincias de Tucumán, Salta, Jujuy, Santiago del Estero y Catamarca.

*Supervisión:* Dra. Evelina Chapman.

Dr. Enrique Finetti, Dr. Luis Cataldi, Lic. Marta Mamani, Lic. Dominga López, Dra. Graciela Sancho, Lic. Sandra Verónica Martínez, Lic. María Isabel Pessacq, Dra. Silvia Susana Gómez, Lic. Margarita Elisa Montero, Lic. Mariela Ayala., Dra. Ana del Valle Avalos Saavedra, Lic. Amalia Leonor López, Lic. Mirta Mamaní de Salvatierra, Lic. Daniela Araceli Demo, Dra. Olga Ester Graiff – Dra. M. Cecilia Reales, Lic. Silvia Landaburu, Lic. Angela Zottoli.

**Regiones de Cuyo y Patagonia**

*Supervisión:* Dra. Cristina Garibaldi.

Dra. Silvia Salazar, Lic. María Isabel Francés, Lic. Edit Contreras, Dra. Sara Noemí Sigal de Jalom, Lic. Norma Arena de Samara, Lic. Mariela Vanesa Mendez Quijano, Dra. Marcela Regnando, Lic. Marcela Esther Torrent, Lic. Luz Almonacid.

**Procesamiento de datos y elaboración del Documento Final****Ministerio de Salud de la Nación:**

**Dirección Nacional de Maternidad e Infancia**

Dr. Pablo Durán y Dra. Juliana Finkelstein.

**Consultor externos:**

Lic. Hugo Delfino

**Informe cualitativo:**

*Elaboración del documento:* Lic. Sara Barrón y Lic. Inés Ibarlucía.

## Contenido

La Mortalidad de los menores de 5 años cuenta	5
¿Cuáles son los posibles enfoques para el análisis de la Mortalidad de menores de 5 años?	6
Junto al análisis de la magnitud y distribución de las defunciones de menores de 5 años, ¿Qué información adicional es necesaria?	7
El estudio de las Muertes de Menores de 5 años en la Argentina –EMMA–	7
Diseño del Estudio	8
Selección de las defunciones a analizar	9
Procedimientos	10
Organización y recursos humanos involucrados	12
Implementación del Estudio	14
Aspectos éticos y administrativos	15
Resultados	16
Descripción de la población	17
Condiciones del hogar	16
Condiciones perinatales	19
Calidad del diagnóstico de la causa de muerte	19
Características del proceso de atención	21
Acceso a la atención médica en relación con la última internación	23
Oportunidad y calidad del diagnóstico	23
Oportunidad y calidad del tratamiento	27
Presencia de complicaciones en el curso de la hospitalización	31
Calidad de los registros médicos	34
Análisis desde la perspectiva de la familia	34
Acceso al cuidado y la atención de la salud	35
Percepción de las familias en relación con la defunción	37
Satisfacción con la atención desde la perspectiva de la familia	39
Caracterización de los servicios	40
Clínica pediátrica	40
Servicios de Neonatología	41
Conclusiones	22
Hacia dónde dirigir los esfuerzos	46
Acciones en marcha	48
Anexo	53

## La mortalidad de los menores de 5 años cuenta

La modalidad infantil y de niños menores de 5 años constituye un problema de suma relevancia debido a diferentes razones y, por lo tanto, requiere de un profundo análisis y un abordaje específico.

La mortalidad de los niños menores de 5 años cuenta, en términos de su magnitud.

- En el mundo se ha estimado que en el año 2008 ocurrieron 8,8 millones de defunciones de niños menores de 5 años<sup>(1)</sup>.

Cuenta también en términos de aquellas otras condiciones que se desprenden de su análisis.

- La mortalidad de los niños menores de 5 años constituye uno de los indicadores más relevantes y sensibles para la valoración de las condiciones socioeconómicas, de salud y calidad de vida de las poblaciones

Cuenta, además, en términos de sus consecuencias

- La defunción de un niño impacta negativamente desde todo punto de vista sobre su familia y sobre la comunidad en la que ocurre y constituye una seria limitación al ejercicio de sus derechos<sup>(2)</sup>, particularmente en relación con la vida y el desarrollo saludable.

La incidencia de diferentes factores en la mortalidad en este grupo de edad ha permitido actuar sobre muchos de ellos para producir un descenso considerable: la reducción observada entre 1990 (año durante el cual, según se estima se registraron 12,5 millones de defunciones) y la actualidad, alcanza un 30%.

Sin embargo, las diferencias regionales son importantes. En términos absolutos, el 99% de ellas ocurren en países en desarrollo, que concentran la mayor cantidad de población. Sin embargo, al ajustar según tasa se observa que, en tanto la tasa de mortalidad de menores de 5 años fue en 2008 de 6/1000 nacidos vivos en los países desarrollados, en los países menos desarrollados el riesgo de morir en esta edad es 10 veces mayor (71/1000 NV).

América Latina y Caribe constituye la región que mostró el mayor descenso, tanto en términos absolutos (67%) como en cuanto a la tasa (56%), entre 1990 y 2008 <sup>(3)</sup>.

En el año 2005, en América Latina y Caribe se ha estimado una Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) de 26/000 (que correspondían a 300.000 defunciones), en tanto que en Argentina, en el mismo año, la misma tasa se estimó en 15,5/000 (11.046 defunciones).

Particularmente en Argentina, se destacan las siguientes observaciones<sup>(4)</sup>:

- La tendencia observada en la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Argentina muestra una curva descendente en las últimas décadas, particularmente significativa en los últimos cuatro años.
- La TMI correspondiente al año 2004 fue de 14,4 por mil nacidos vivos, tasa que descendió en los años 2005 y 2006, hasta alcanzar un valor de 12,9 por mil.
- En el caso del grupo de 1 a 4 años, la Tasa de Mortalidad no ha sufrido variaciones importantes en los últimos años, con un valor que oscila entre 0,6 y 0,7 por cada mil niños, según se observa en la Figura 1.
- Existen, sin embargo, diferencias importantes en la mortalidad según jurisdicción, que dan cuenta de importantes inequidades. Si bien la brecha interjurisdiccional muestra en los últimos años una progresiva reducción, en el año 2004 la TMI de las provincias varió entre valores cercanos a 10 y 30 por mil nacidos vivos.

▪ Otro de los aspectos más relevantes observados es la elevada proporción de defunciones (cerca al 50%) cuyas causas son reducibles mediante acciones oportunas y de calidad, vinculadas con inadecuaciones en el control del embarazo, con la atención del parto y del recién nacido, así como con el control y atención de los niños mayores. Las principales causas de muerte en niños menores de 1 año corresponden a aquellas identificadas como “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal” y “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas”, de acuerdo con la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). En menor proporción, otros grupos de causas representan un porcentaje importante. Estas son: las Infecciones respiratorias, las Causas externas y Otros procesos infecciosos. En el grupo de niños de 1 a 4 años de edad, las causas más frecuentes involucran principalmente “causas externas”, infecciones respiratorias y malformaciones congénitas, así como otras causas reducibles.

La mortalidad, tanto general como particularmente en el grupo de los menores de 5 años, constituye la consecuencia final de la interacción de múltiples factores y requiere, por lo tanto, de un enfoque que permita valorar la problemática desde este punto de vista.

## ¿Cuáles son los posibles enfoques para el análisis de la mortalidad de menores de 5 años?

El análisis del número de defunciones, las tasas de mortalidad, el momento o edad en que ocurren, su distribución geográfica así como de sus causas, constituye un paso fundamental.

En tal sentido, el Sistema de Estadísticas de Salud de la Argentina cuenta con una extensa trayectoria y ofrece una sólida contribución en este sentido, al brindar información de calidad en forma regular acerca de los indicadores contemplados en el sistema.

La información que provee anualmente el Subsistema de Estadísticas Vitales permite contar con un adecuado perfil del estado de situación en términos de mortalidad de niños menores de 5 años, así como de otros grupos poblacionales, su distribución y causas, con periodicidad anual.

La información generada es útil para la toma de decisiones, ya que permite identificar dónde ocurren las defunciones, en qué grupos de edad, debido a qué causas, información que se encuentra disponible en forma regular, periódica y permanente.

Junto con la información acerca del punto final del proceso –caracterización de las defunciones–, tal como se dijo, resulta fundamental contar con información que permita caracterizar los procesos de atención.

En forma similar al enfoque propuesto por UNICEF al analizar la contribución de la malnutrición en la morbilidad, podría considerarse que la mortalidad infantil y de menores de 5 años reconocería tres tipos de causas:

- **Causas inmediatas:** los procesos mórbidos que llevan al deceso.
- **Causas subyacentes:** vinculadas a factores biológicos (antecedentes, morbilidad), cuidado de la salud, acceso y calidad de la atención.
- **Causas básicas:** condiciones de contexto socio-político sanitario.

La información vinculada a las causas inmediatas, como se ha expresado, surge de la información provista por el Sistema de Estadísticas de Salud. Sin embargo, la información vinculada al proceso de atención y a la calidad de las prestaciones brindadas, debido a su multidimensionalidad, no puede formar parte de un sistema de información permanente. Por lo tanto,

se hace necesario contar con información adicional –así como con estrategias de recolección y análisis de tal información–, de modo de promover la implementación de acciones específicas orientadas a modificar tales condiciones.

## Junto al análisis de la magnitud y distribución de las defunciones de menores de 5 años, ¿Qué información adicional es necesaria?

Ante tasas de mortalidad como las que presenta Argentina, las acciones que permitan continuar y profundizar el citado proceso de descenso deberán involucrar indefectiblemente la consideración y el análisis de los procesos de gestión, de administración de los recursos, de calidad de atención, así como de cobertura y accesibilidad de la población.

La incorporación del “análisis de los procesos de atención” constituye un complemento fundamental de la información disponible a partir de los registros mencionados, en función de la planificación de acciones tendientes a la resolución de las dificultades existentes y a la reducción de la mortalidad en este grupo de edad.

Si bien los factores relacionados con la reducción de las muertes de los niños son conocidos, el análisis de los procesos de atención y de los eventos adversos que condujeron a la muerte no lo son tanto. La propuesta elaborada por UNICEF en el documento “Por qué mueren los niños”<sup>(6)</sup>, es una estrategia centrada en la búsqueda de los problemas de calidad de atención de los servicios de modo que, a partir de ellos, se pueda planificar e implementar soluciones de carácter local.

Dicha estrategia fue asumida por las autoridades nacionales en el año 2001 para promover esta metodología en todo el país.

Sin embargo, hasta el presente no se disponían de estudios con representatividad nacional que permitieran vincular el acceso y calidad de atención de los servicios de salud, con las defunciones de menores de 5 años.

## El Estudio de las Muertes de Menores de 5 años en la Argentina –EMMA–

Teniendo en cuenta las características de la mortalidad de menores de 5 años en Argentina, fundamentalmente en términos de su distribución y de las causas básicas vinculadas, y considerando que resulta prioritario profundizar las acciones a fin de alcanzar descensos significativos, el Ministerio de Salud de la Nación –por medio de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia– y UNICEF realizaron un estudio tendiente a valorar la mortalidad en este grupo etáreo, fundamentalmente desde el punto de vista de las causas subyacentes antes mencionadas.

El Estudio se planteó sobre la base de las siguientes hipótesis:

- Los problemas en el proceso de atención, las dificultades en el acceso y en la calidad del diagnóstico y tratamiento contribuyen a favorecer la muerte en los niños menores de 5 años.
- Existen dificultades en el proceso de identificación de la causa de muerte que conducen a la observación de una importante proporción de defunciones “mal definidas, desconocidas o incoherentes”, lo cual limita la posibilidad de implementar acciones específicas.



Por tanto, el propósito del estudio fue caracterizar las defunciones de menores de 5 años en términos de la calidad de los procesos de atención involucrados y de la calidad en la identificación de la causa de muerte.

Se espera que la información precisa acerca de las causas de muerte, así como acerca de la calidad de los procesos de atención, constituya el insumo principal para el diseño y la implementación de acciones específicas a nivel local, en los diferentes niveles de atención.

En términos más específicos, los objetivos definidos a partir de los cuales se analizará la situación, son:

- Analizar la calidad del diagnóstico de las causas de muerte en niños menores de 5 años ocurridas en instituciones de salud en el año 2004, a partir de una muestra de provincias o jurisdicciones del país seleccionadas.
- Describir las características del proceso de atención vinculado a las defunciones de menores de cinco años registradas en 2004, en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención, a partir de una muestra de provincias o jurisdicciones del país seleccionadas.

## Diseño del Estudio

El estudio fue realizado a partir de una muestra de defunciones de niños de 0 a 4 años, ocurridas entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del 2004, tanto en instituciones de salud dependientes del sector público o privado, como extra-institucionales.

Con el fin de contar con información válida que permitiera considerar diferentes situaciones vinculadas a la calidad de la atención, se requirió del cuidadoso diseño de una muestra probabilística de relativa complejidad, involucrando diferentes estratos y etapas múltiples de selección.

La muestra seleccionada incluyó defunciones institucionales y extra-institucionales, de niños de 0 a 4 años de edad, que hubieran nacido con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor a 22 semanas, y que residieran y hubieran fallecido en la provincia seleccionada (a excepción del área metropolitana, que se consideró como una única jurisdicción).

Fueron excluidas aquellas defunciones cuya causa principal fue registrada como Anencefalia (Q00), Síndrome de Edwards o Síndrome de Patau (Q91).

Se eliminaron de la muestra aquellas defunciones correspondientes a casos judiciales

Con el fin de alcanzar una adecuada precisión, el tamaño muestral fue calculado en 1800 casos, que incluyeron un 20% adicional al tamaño mínimo requerido, teniendo en cuenta posibles pérdidas de registros.

En el total del país, la distribución de las defunciones no es homogénea según grupos de edad: es mayor la proporción correspondiente a aquellas ocurridas en el periodo neonatal y menor la proporción de las ocurridas en el periodo de 1 a 4 años.

Con la finalidad de contar con una muestra que permitiera una adecuada representación de las defunciones en cada uno de los periodos considerados (neonatal, postneonatal y de 1 a 4 años) se consideró la edad al morir, de acuerdo con las categorías antes referidas, como criterio de estratificación. La distribución de las defunciones, según dicho criterio de estratificación, se definió considerando la siguiente distribución: 500 casos correspondientes a defunciones ocurridas en el periodo neonatal, 700 en el periodo postneonatal y 600 en niños de 1 a 4 años.

Un segundo criterio de estratificación considerado únicamente en el caso de la provincia de Buenos Aires fue la asignación, de modo que la muestra permitiera contemplar tanto las defunciones correspondientes a los partidos del conurbano como al resto de la provincia.

El estudio es de alcance nacional. Sin embargo, dadas las diferencias existentes entre las jurisdicciones en términos de mortalidad, se decidió incluir las 12 jurisdicciones con mayor número de defunciones o con tasas superiores al promedio nacional: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán.

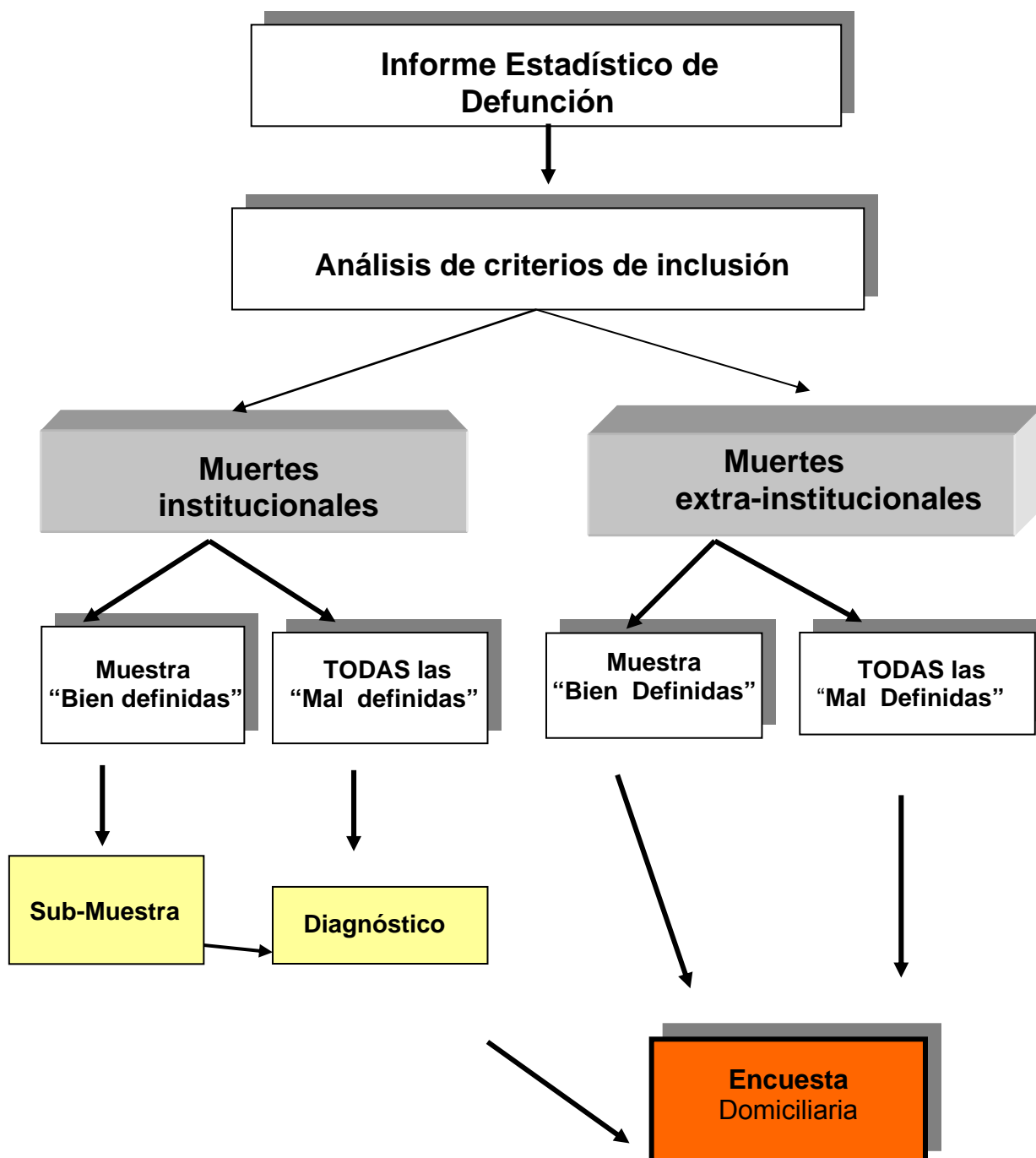
De las restantes jurisdicciones, fueron seleccionadas aleatoriamente las provincias de Chubut, La Rioja y Santa Fe.

Por tanto, fueron seleccionadas en total 15 jurisdicciones. Los resultados alcanzados son válidos a nivel nacional y no es posible su valoración a nivel jurisdiccional.

Según los objetivos definidos, el estudio se estructuró bajo la forma de dos componentes, que permitieron dar respuesta a cada uno de aquéllos. Cada componente fue valorado a partir de dos sub-muestras obtenidas de la muestra total.

La siguiente figura esquematiza la estructura de la muestra global, a partir de la cual se seleccionaron las sub-muestras correspondientes a cada componente:

**Figura 1**  
Componentes del Estudio



### Selección de las defunciones a analizar

De acuerdo con el esquema anterior, una vez definidas las jurisdicciones se llevaron a cabo los siguientes pasos a fin de seleccionar las defunciones a ser analizadas:

1. Se consolidaron los Informes Estadísticos de Defunción (IED) de cada jurisdicción identificados en la primera etapa de selección, correspondientes a defunciones según los criterios de selección definidos
2. Se seleccionaron todos los IED cuya causa corresponda a causas “mal definidas y desconocidas e incoherentes” (R00-R99 de la CIE).
3. Se seleccionó una muestra aleatoria de IED cuya causa fuera clasificada como “bien definida”.
4. Se clasificaron todos los IED según correspondieran a defunciones ocurridas en instituciones, o bien correspondieran a defunciones “extra-institucionales”.

Una vez obtenida la muestra global, y clasificadas las defunciones de acuerdo con los criterios definidos, se procedió a la recolección y el análisis de la información requerida para dar respuesta a los objetivos definidos, estructurando los procedimientos sobre la base de dos componentes.

## Procedimientos

El estudio se estructuró en dos componentes principales:

### Componente I

El primer componente, orientado a dar respuesta al primer objetivo, implicó evaluar la calidad del diagnóstico e identificación de las causas de muerte.

Para ello fueron consideradas todas las defunciones clasificadas como “mal definidas” y una sub-muestra de aquéllas clasificadas como “bien definidas”, seleccionadas en forma aleatoria sistemática.

Dada la necesidad de contar con información que permitiera valorar la causa de defunción consignada en el IED, para este componente se incluyeron exclusivamente las defunciones institucionales resultantes de la selección, ya que constituyen aquéllas en las cuales es posible contar con información adicional a partir de los registros clínicos, de modo de poder valorar la calidad y adecuación de la definición de la causa de muerte.

Las fuentes de datos requeridas para este componente involucraron los informes estadísticos de defunción (IED) y los registros clínicos (historias clínicas, registros de enfermería, de laboratorio y otros) correspondientes a las defunciones institucionales seleccionadas.

Los datos considerados a partir de los IED seleccionados se presentan en el Anexo I.

Los registros hospitalarios fueron analizados por un becario y posteriormente, por consenso, fueron analizados también por el grupo de becarios (médicos, estadísticos y profesionales del área social) y el supervisor, contrastando la valoración del equipo acerca de la causa de defunción con aquélla consignada en el IED.

### Componente II

El segundo componente permitió dar respuesta al segundo objetivo, tanto a partir del análisis de los procesos de atención identificados en los registros de los establecimientos, como a partir de entrevistas domiciliarias y de la evaluación de los establecimientos de salud donde ocurrieron las defunciones.

En este caso fueron analizadas la totalidad de las defunciones institucionales (ocurridas tanto en establecimientos dependientes del sector privado como público) consideradas en la muestra.

Además se incluyó en este componente la totalidad de las defunciones extra-institucionales.

Este componente se basó en el análisis de datos provenientes de tres fuentes de información:

1. Documentación obtenida en los establecimientos de salud donde fueron atendidos las niñas y los niños durante el episodio final: historias clínicas, registros de enfermería, de laboratorio y otros, en el caso de las defunciones institucionales.
2. Entrevistas domiciliarias a padres o personas a cargo de los niños fallecidos, para obtener información complementaria sobre atención recibida previamente a la defunción y para conocer la opinión de los familiares acerca de la calidad de los servicios recibidos. Finalmente, fueron valoradas en la entrevista las circunstancias relacionadas con la accesibilidad de los servicios de salud por parte de las familias.
3. Observación directa de las características de cada institución en las que ocurrieron las defunciones

Los datos obtenidos a partir de cada una de las fuentes mencionadas se agrupan en las siguientes dimensiones:

### **A) Registros clínicos**

- Características del hogar.
- Oportunidad en el acceso.
- Oportunidad y calidad en el diagnóstico.
- Oportunidad y calidad en la evolución y tratamiento.
- Características de la institución (ver anexo IV).

Los registros hospitalarios fueron analizados por un becario y posteriormente por consenso, por el grupo de becarios y supervisor, en cuyo marco se identificaron los problemas de atención y la valoración de la atención del episodio final.

El análisis de procesos no se realizó contrastando la información consignada en los registros con normas específicas propuestas para este estudio, sino que cada aspecto se definió a partir del criterio profesional de cada becario, consensuado con el respectivo supervisor. En caso de dudas o discrepancias, se discutió con los responsables del estudio a nivel nacional.

### **B) Entrevistas en el hogar**

#### *Defunciones extra-institucionales*

La información se obtuvo mediante entrevistas domiciliarias, cuyos objetivos fueron:

- Valorar las características del acceso de la familia a los servicios de salud, en general y en relación con el proceso que concluyó con la defunción del niño.
- Conocer la opinión de los padres o familiares sobre la calidad de los servicios médicos que recibieron el niño o la niña fallecidos, durante su última enfermedad.

La entrevista domiciliar dio cuenta de las siguientes dimensiones:

- Características del hogar.
- Oportunidad en el acceso (datos recogidos a partir de la historia clínica y de la entrevista domiciliar).

- Características del diagnóstico.
- Tratamiento e indicaciones brindadas por el equipo de salud.
- Motivo de la defunción desde la perspectiva de la familia.

Las entrevistas domiciliarias fueron realizadas por profesionales del área social, en los hogares de residencia de los niños fallecidos seleccionados.

La entrevista fue de tipo semi-estructurada, conducida por el entrevistador, quien se encargó de consignar las respuestas en el formulario correspondiente, luego de realizada la entrevista.

### **C) Evaluación de los Establecimientos de Salud en los que ocurrieron las defunciones**

- Recursos físicos.
- Equipamiento.
- Recursos Humanos (médicos, enfermeros, administrativos, kinesiólogos, personal de maestría)
- Registros y normas.

Se relevaron las áreas de Consultorios Externos, Internación Básica e Intensiva, áreas de apoyo y áreas físicas comunes.

Los aspectos relacionados con las características de los establecimientos fueron valorados mediante observación por parte del equipo de recolección de datos, por medio del uso de una Guía de Evaluación del perfil de los servicios pediátricos y neonatológicos, elaborada a partir de los instrumentos que desarrollados en el Estudio Colaborativo Multicéntrico "Habilitación Categorizante de Establecimientos y Servicios de Salud", aprobado por la R.M. N° 393/05, financiado por la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), realizado por la Dirección de Calidad en Servicios de Salud de este Ministerio.

Fueron incluidos todos los establecimientos en los que se hubiera registrado al menos una de las defunciones seleccionadas.

### **Organización y recursos humanos involucrados**

El estudio fue realizado desde la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, con la cooperación de UNICEF Argentina.

El equipo de trabajo se estructuró considerando tres niveles operativos:

- **Nivel Central:** Equipo de Coordinación General del estudio.
- **Nivel Regional:** Equipo de Supervisión de Campo.
- **Nivel Provincial:** Equipos de recolección de la información.

El Equipo de Coordinación General estuvo conformado por profesionales de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, de UNICEF, el equipo de Coordinación de Campo, y consultores designados para aspectos específicos del estudio (diseño de la muestra, sistema de almacenamiento y procesamiento de datos). El Equipo de Coordinación General fue el encargado de la formulación y el diseño del estudio, la selección de los equipos de trabajo, su capacitación y seguimiento, así como del análisis de los datos y elaboración del informe final.

El Equipo de Supervisión de Campo involucró a seis profesionales, uno por cada región en que se dividió el país, que se encargaron de supervisar el desarrollo de las tareas en las provincias correspondientes. Los Supervisores de Campo fueron los responsables de la coordinación y supervisión del trabajo de los equipos provinciales, de acordar con los equipos los criterios de evaluación de los casos analizados y de supervisar la recolección de la información.

Los Equipos Provinciales fueron los responsables de la recolección de datos y estuvieron integrados por profesionales (licenciados y médicos) del área estadística<sup>(16)</sup>: 32 profesionales del área social (asistentes sociales, psicólogos sociales, comunicadores) y 31 médicos (pediatras o neonatólogos). El equipo completo involucró en total a 86 profesionales.

Los Equipos Locales Provinciales fueron los responsables de la recolección de la información en todas sus etapas y de su consignación en los formatos definidos *ad-hoc*.

Una vez seleccionadas las defunciones a ser incluidas, por parte del equipo central, cada Equipo Local Provincial fue el responsable de obtener las Historias Clínicas (en los casos de muertes institucionales), así como de obtener los datos necesarios para las entrevistas domiciliarias (en los casos de muertes no institucionales).

Finalmente, estos equipos fueron los responsables del almacenamiento de los datos en formato electrónico.

Teniendo en cuenta el propósito del estudio, orientado al fortalecimiento de las acciones tendientes a mejorar la calidad de atención y reducir la mortalidad en menores de 5 años (acciones entre las cuales cabe mencionar el fortalecimiento de los Comités Provinciales de Análisis de Muerte Infantil), se promovió la participación en los equipos de trabajo de miembros de los comités jurisdiccionales, en el proceso de recolección y análisis de la información, en aquellas provincias que cuentan con Comité de Análisis en funcionamiento.

## Implementación del Estudio

Las etapas del estudio involucraron los siguientes componentes:

- **Diseño del Estudio y conformación del Equipo de Trabajo:** desarrollado desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y UNICEF

- **Capacitación del Equipo de Trabajo:**

La capacitación involucró fundamentalmente la estandarización y armonización de los criterios a considerar en cada una de las etapas de análisis centrales (evaluación de registros hospitalarios y entrevista domiciliaria), así como en el resto de los procesos y circuitos involucrados. La capacitación de los equipos estuvo a cargo de los integrantes del Equipo Central. En esta etapa y como resultado de la capacitación a nivel central, se modificó el formulario para la entrevista domiciliaria en consenso con los becarios, incluyendo las dimensiones de identificación de riesgo familiar y la percepción familiar de las causas de demora en la atención.

- **Estandarización de los instrumentos y Prueba Piloto:**

La prueba piloto tuvo como finalidad la de adecuar los instrumentos a utilizar, especialmente los formularios. Se realizó en la provincia del Neuquén

A partir de la prueba piloto y con la participación del equipo de trabajo, se procedió a incorporar las modificaciones que surgieron a partir de ella.

### ▪ **Recolección de datos:**

La etapa de recolección de datos, una vez probados los instrumentos y la logística del estudio, involucró las siguientes actividades:

- ▶ *Selección de la muestra y remisión a los equipos locales:* a partir de los datos consistidos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y según los criterios antes mencionados.
- ▶ *Recepción de los casos y preparación del material para el estudio:* por parte del personal de estadística del nivel local. Involucró los IED, historias clínicas e información obtenida del Registro Civil, según correspondiera.
- ▶ *Recolección de la Información:* que involucró el análisis crítico de la información consignada en las historias clínicas, la aplicación de la Guía de Observación de los establecimientos, así como realización de las entrevistas domiciliarias. Los supervisores y el equipo local cerraron los casos para la evaluación definitiva de acuerdo con el tipo de estudio o análisis previsto.

El trabajo de campo comenzó en el mes de agosto de 2006 y finalizó en el mes de marzo de 2007 (ocho meses).

### ▪ **Procesamiento:**

Los datos obtenidos a partir de las diversas fuentes fueron almacenados en una base de datos relacional generada *ad hoc*. Se conformaron las bases siguiendo la estructura de los cuestionarios y componentes del estudio:

1. Datos del IED.
2. Datos sobre calidad del proceso de atención.
3. Características institucionales.

### **Entrevistas domiciliarias**

Las bases se conformaron en forma independiente y contenían un campo de enlace de modo que permitió el enlace para el análisis según las sub-muestras definidas.

La carga de datos fue realizada por los becarios estadísticos de cada jurisdicción, quienes recibieron capacitación previa, y fue supervisada por los responsables provinciales. Se valoró la calidad de los datos registrados en el 20% de los cuestionarios de cada becario y se procedió a la corrección de los errores identificados.

Una vez finalizada la carga, los cuestionarios, junto con la base de datos correspondiente, fueron remitidos al nivel central, donde se realizó un control central de la carga de datos de todos los formularios al finalizar el trabajo de campo (para lo cual se contrató a una persona) y se procedió a realizar el análisis de consistencia final.

Los datos fueron analizados por el equipo central, mediante el paquete estadístico SPSS 13.0.

Se estimaron frecuencias simples, con su respectivo intervalo de confianza. En el caso de variables expresadas en escala numérica, se estimó su distribución a partir del cálculo de medias, medianas e intervalo de confianza.



## Aspectos éticos y administrativos

Con el propósito de dar sustentabilidad y favorecer la factibilidad del estudio, y antes de su inicio, se firmaron convenios entre el Ministerio de Salud de la Nación y los correspondientes ministerios provinciales, en los cuales éstos prestaban conformidad con las condiciones del proyecto, permitiendo el acceso a la información requerida en las instituciones de salud y a la población, al tiempo que se garantizaba el secreto profesional que la investigación propone.

Al mismo tiempo, se solicitó autorización a los responsables de los establecimientos en los que se registraron las defunciones analizadas, así como al presentarse en cada uno de los hogares con el fin de realizar la entrevista requerida.

La recopilación de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) correspondientes a las defunciones de niños menores de 5 años del año 2004 fue realizada por el equipo de profesionales de estadística de las jurisdicciones, en el marco de lo establecido por la Ley 17.622, decreto reglamentario 3110.

## Resultados

Información a partir del Informe Estadístico de Defunción.

Fueron Evaluados 1.441 Informes Estadísticos de Defunción, que equivalen al 80,3% del número seleccionado originalmente.

**Tabla 1**  
**Distribución de casos esperados y seleccionados, según jurisdicción**

<b>Jurisdicción</b>	<b>Previstos</b>	<b>Incluidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	296	233	78,7%
Conurbano Bonaerense	281	211	75,1%
Resto de la Provincia de Buenos Aires	180	130	72,2%
Catamarca	32	27	84,4%
Corrientes	89	70	78,7%
Chaco	133	120	90,2%
Chubut	21	17	81%
Formosa	83	71	85,6%
Jujuy	66	61	92,4%
La Rioja	29	25	86,2%
Misiones	101	88	87,1%
Salta	120	105	87,5%
San Juan	56	46	82,1%
Santa Fe	147	115	78,2%
Santiago del Estero	50	38	76%
Tucumán	111	84	75,7%
<b>Total</b>	<b>1795</b>	<b>1441</b>	<b>80,3%</b>

La muestra estudiada, por lo tanto, resulta suficiente para alcanzar las estimaciones previstas, tanto en forma global como según los grupos etáreos definidos.

La diferencia entre las muestras previstas y las efectivamente realizadas se debió en general a imposibilidad de encontrar algunas de las historias clínicas en las instituciones, o bien a dificultades en la obtención de los domicilios. En algunos casos se registró discordancias al lugar de ocurrencia, ya que algunas de las defunciones que figuraban como institucionales, habían ocurrido en domicilios y viceversa.

## Descripción de la población

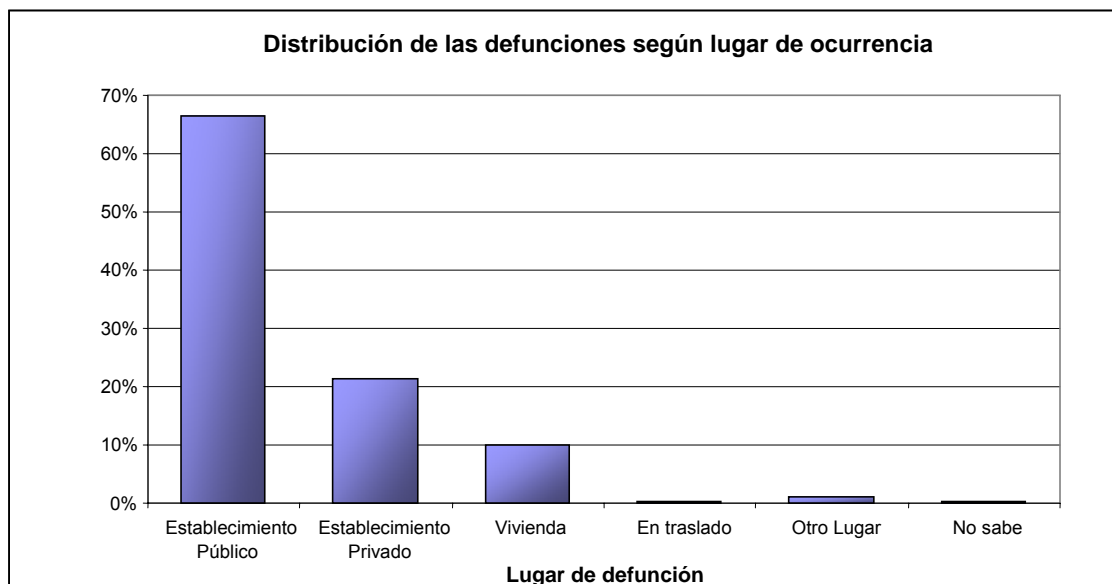
Dadas las características probabilísticas de la muestra, las 1.441 defunciones analizadas, una vez expandida la muestra, corresponden 11.390 defunciones de niños menores de 5 años, distribuidos en los siguientes grupos:

- **Neonatales:** Los casos analizados representan 7.027 defunciones infantiles (61,7%).
- **Post-neonatales:** Los casos analizados representan 2.682 defunciones infantiles (23,6%).
- **Niños de 1 a 4 años:** Los casos analizados representan 1.681 defunciones infantiles (14,7%).

Las defunciones seleccionadas correspondieron a varones en el 56% de los casos, con frecuencias similares en los tres grupos etáreos considerados.

De acuerdo con la definición de la muestra, las defunciones analizadas corresponden mayoritariamente a aquéllas ocurridas en instituciones de Salud, particularmente dependientes del sector público, en tanto que el 10,4% fueron muertes extra-institucionales. Tal relación es similar a lo observado en el total de defunciones de menores de 5 años en el país, en las que se observa una frecuencia de defunciones institucionales cercana a 80%.

Figura 2



Similar relación se observó entre los diferentes grupos etáreos considerados, a excepción del grupo neonatal, en el cual el 97,4% corresponde a defunciones institucionales; en tanto que, en los grupos post-neonatal y de niños de 1 a 4 años, la frecuencia de defunciones extra-institucionales es mayor.

**Tabla 2**  
**Distribución de las defunciones**  
**seleccionadas según local de ocurrencia y edad**

Lugar de defunción	Período Neonatal	Período Post-neonatal	Niños de 1 a 4 años	Total
Establecimiento público	71,5%	56,7%	62%	66,6%
Establecimiento privado	25,9%	17,6%	8,7%	21,4%
Vivienda	2%	24,1%	21,4%	10,1%
En traslado	0,5%	0	0,1%	0,3%
Otro Lugar	0,1%	1,6%	5,4%	1,2%
No sabe	0	0	2,5%	0,4%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### Condiciones del hogar

La consignación de datos acerca de las condiciones del hogar en los IED es inadecuada: en el total de la muestra, el dato faltante o desconocido en forma global fue del 42,9%; en el 35,6% de los casos no se había registrado la edad materna; en el 28,1%, no se había registrado la información relacionada con la escolaridad; en tanto que en el 55,7% de los casos no se disponía de información acerca de la actividad laboral y en el 28,7% de los casos no se informó el estado civil de la madre.

Aun teniendo en cuenta la limitación que significa la frecuencia elevada de datos faltantes, la proporción restante pone de manifiesto que:

- El 38,9% de las familias de los niños fallecidos contaban con cobertura brindada en forma exclusiva por el sector público, en tanto que el 18,2% contaba con cobertura de obra social o plan privado
- En el 17% de los casos, las madres de los niños eran menores de 20 años, y el 47,4% de las madres tenían entre 20 y 35 años
- La mayor proporción de madres menores de 20 años fue observada en el grupo de niños fallecidos en el periodo neonatal

**Tabla 3**  
**Distribución de las defunciones según edad materna y edad del niño**

Edad de la madre	Período Neonatal	Período Post-neonatal	Niños de 1 a 4 años	Total
Menor de 20 años.	21,1%	15%	3,2%	17%
De 20 a 35 años.	48,7%	48,8%	39,5%	47,4%
Mayor de 35 años.	0%	0%	0%	0%
Sin datos	30,2%	36,2%	57,2%	35,6%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

- 14,8% de las madres o personas a cargo del niño no había sido escolarizada o no había completado el nivel primario de educación.

- Un 14,2% no trabajaba ni buscaba trabajo, en tanto que el 20,8% se encontraba trabajando o de licencia.
- En cuanto al tipo de unión conyugal, en el 19,7% de los casos se identificó la no-convivencia en pareja, contra un 51,6% de convivencia en pareja.

## Condiciones perinatales

El **peso al nacer** constituye un factor reconocido como fuertemente asociado a la mortalidad infantil.

Aunque en menor proporción en comparación con los datos sociodemográficos, la frecuencia de dato faltante en el IED con respecto al peso al nacer es de 7,9% en las defunciones ocurridas en el periodo neonatal y de 19,1% en los IED de niños fallecidos en el periodo post-neonatal.

El promedio de peso al nacer según los grupos etéreos considerados fue:

- 1.744 g (IC 95%: 1.718,9 g – 1.768,8 g) en aquéllos fallecidos en el periodo neonatal.
- 2.690 grs. (IC 95%: 2.652,3 g – 2.727,1 g) en aquéllos fallecidos en el periodo post-neonatal

Resulta particularmente relevante la relación entre peso al nacer y mortalidad en el grupo neonatal, según surge del valor medio del peso al momento de la defunción, registrado en los IED (aun cuando, en este caso, la proporción de dato faltante es más elevada: 13,7% y 26% en los IED de defunciones ocurridas en el periodo neonatal y post-neonatal respectivamente):

- 1.691 g (IC 95%: 1665,7 g - 1716,5 g) en defunciones ocurridas en el periodo neonatal.
- 4.224 g (IC 95%: 4.133,7 g - 4314,2 g) en defunciones ocurridas en el periodo post-neonatal.

La **edad gestacional al nacer** constituye otro factor fuertemente asociado a la mortalidad.

La mediana de edad gestacional al nacer, según lo consignado (con una frecuencia de dato faltante de 28,9% y 44,1% respectivamente) fue:

- 32 semanas (rango intercuartílico 27-37 semanas), en aquellos fallecidos en el periodo neonatal.
- 38 semanas (rango intercuartílico 34-39 semanas), en aquellos fallecidos en el periodo post-neonatal.

No se observó asociación entre la defunción y el orden de nacimiento del niño: en el 22,4% de los casos se consignó el antecedente de un embarazo previo; en el 25%, entre 2 y 3; y en el 22,4% de los casos se registró el antecedente de 4 ó más embarazos previos, en tanto que en el 30,1 % de los casos no se registró el dato. Las frecuencias son similares tanto para los niños fallecidos en el periodo neonatal como post-neonatal.

## Calidad del diagnóstico de las causas de muerte

Las causas de muerte más frecuentemente identificadas en cada grupo etéreo fueron:

- *Grupo Neonatal*: causas perinatales y malformaciones congénitas y, en menor medida, Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.
- *Grupo Post-neonatal*: junto a las anteriores, se presentan las causas respiratorias, infecciosas y mal definidas.

▪ *Grupo de Niños de 1 a 4 años*: junto a las anteriores (a excepción de las perinatales) alcanzan una frecuencia elevada las causas externas.

El número de defunciones agrupadas como “mal definidas” según el IED son 566 en la muestra expandida, que representan un 5% del total de las defunciones. Sin embargo, este porcentaje varía entre los grupos etáreos: alcanzan al 1,1% de las defunciones ocurridas en el periodo neonatal, el 14,2% de las ocurridas en el periodo postneonatal y el 6,3% de las defunciones ocurridas en niños de 1 a 4 años.

Cabe destacar que, dentro del total de las defunciones en el año 2004, este grupo de causas representó 5,6% (y 5,3% en el caso de menores de 1 año).

La estructura de causas observada en la muestra es comparable, por lo tanto, a aquella observada al analizar los datos globales del país, hecho que da cuenta de una adecuada validez de la muestra seleccionada.

Existe claramente una vinculación entre la calidad del diagnóstico y el lugar en que ocurre la defunción. La proporción de defunciones clasificadas como “mal definidas” en el grupo de defunciones institucionales fue de 1,9%, en tanto que alcanzó al 26,8% de aquellas clasificadas como extra-institucionales.

Como es obvio, en el caso de las defunciones ocurridas en establecimientos de salud es más probable arribar a un diagnóstico más preciso acerca de la causa de muerte que en aquellas ocurridas fuera de ellas.

La proporción de defunciones clasificadas como “mal definidas” fue significativamente mayor en las muertes ocurridas en establecimientos privados (2,6%) que en aquellas ocurridas en establecimientos públicos (1,6%;  $X^2$  10,2;  $p < 0,001$ ).

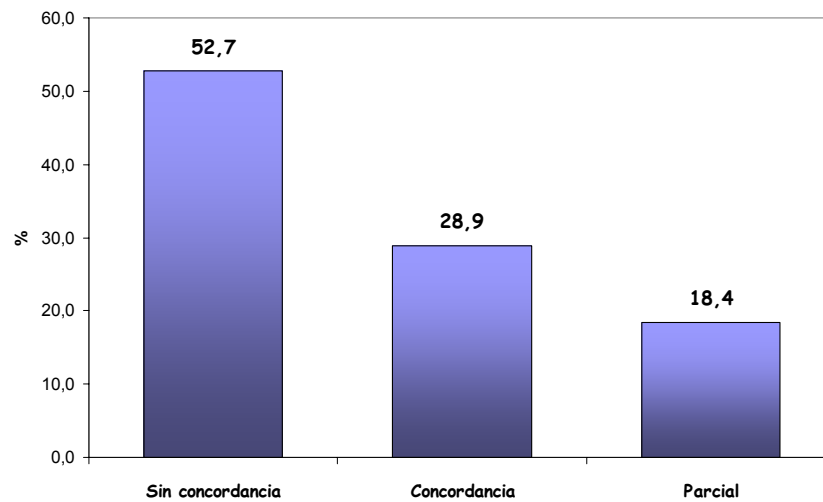
Sin embargo, en una proporción considerable –85%– de las defunciones cuya causa corresponde al grupo de “mal definidas”, luego del proceso de revisión de la historia clínica realizado como parte del estudio, fue posible darle mayor precisión al diagnóstico.

Del total de historias clínicas evaluadas, se pudo constatar coincidencia diagnóstica sólo en el 14,9% de las clasificadas inicialmente como “mal definidas”.

Una observación relevante adicional fue que, en aquellas clasificadas como “bien definidas”, no en todos los casos la causa consignada coincidió con la definida luego de la revisión realizada en el marco del presente estudio. Se observó coincidencia entre el diagnóstico consignado en el IED y aquél al que se arribó luego de la revisión de los registros clínicos en el 51,2% de los casos. Llama la atención la elevada proporción de no-coincidencia (48,8%), aun en aquellas defunciones clasificadas como “bien definidas”.

Figura 3

### Concordancia del diagnóstico IED - Evaluación



En resumen, el primer componente del estudio, permite identificar los siguientes aspectos relevantes

- Importante proporción de IED sin datos sobre las características del hogar de los niños fallecidos.
- Inadecuada definición de la causa de muerte, hecho que limitaría las acciones.
- Importancia de los registros.
- Este hecho se vincularía con la calidad de atención, que será analizado a continuación

### Características del proceso de atención

Tal como se mencionó, el segundo componente del estudio se orientó a valorar el proceso de atención a partir de la evaluación de los registros clínicos de los niños fallecidos en establecimientos de salud.

De acuerdo con los procedimientos muestrales utilizados, el análisis de las defunciones institucionales representa un total de 10.003 defunciones. El 95,4% de ellas corresponden a defunciones de causa bien definida.

Las defunciones analizadas se caracterizan fundamentalmente por su lugar de ocurrencia:

- 73,8% en establecimientos de dependencia oficial;
- 63% en establecimientos asistenciales no especializados;
- 82,3% en servicios de terapia intensiva ;
- 4,6% en sala de internación;
- 5,5% en salas de parto; y
- 2,4% en servicios de emergencia.

La proporción de defunciones ocurridas en unidades de cuidados intensivos es frecuente en los tres grupos etáreos: 84,5% de las muertes neonatales, 85,9% de las defunciones del período post-neonatal y 63,3% de las muertes de niños de 1 a 4 años.

Las defunciones se registraron fundamentalmente en días de semana (70%) y, secundariamente, en fines de semana o en días feriados (26,7% y 2,9% respectivamente).

Sin embargo, es importante valorar el proceso de atención en su conjunto, desde el acceso al establecimiento hasta los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En cuanto a la modalidad de acceso al establecimiento de salud donde ocurrió la defunción, ésta fue la demanda espontánea -57,4%- , particularmente en las defunciones ocurridas en el período neonatal así como en las defunciones de niños de 1 a 4 años; mientras que el 24,8% habían sido derivados desde otro establecimiento. Sin embargo, se observan algunas diferencias en este sentido, según los grupos etáreos analizados:

- Accedieron por demanda espontánea:
  - 64,3% de los niños fallecidos en el período neonatal.
  - 38% de los niños fallecidos en el período post-neonatal
  - 50,8% de los niños fallecidos de entre 1 y 4 años de edad.
- Secundariamente, accedieron al establecimiento donde se registró la defunción derivados desde otra institución:
  - 19,9% de los niños fallecidos en el período neonatal.
  - 40,2% de los niños fallecidos en el período post-neonatal.
  - 27,3% de los niños fallecidos de 1 a 4 años.

Una observación relevante que cabe destacar muestra que una proporción importante de los niños -43,1%- habían recibido atención médica por la causa de la defunción en forma previa a la hospitalización durante la cual se produjo la muerte. Tal situación es más frecuente en aquellos niños fallecidos en el período post-neonatal o entre 1 y 4 años de edad, con frecuencias superiores al 60%, en tanto que, en el caso de las muertes acaecidas durante el período neonatal, alrededor de 1 de cada 3 niños había recibido previamente atención por un problema vinculado a la causa de la defunción.

**Tabla 4**

**Distribución según antecedente de atención previa por problema vinculado a la causa de defunción y grupo de edad**

Recibió atención previa por problema vinculado a la defunción	Neonatal	Postneonatal	1 a 4 años	Total
No	61,2%	21%	19%	48,3%
Sí	31,9%	68,1%	66,5%	43,1%
Sin dato	6,9%	10,8%	14,5%	8,5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Independientemente del proceso de enfermedad asociado a la defunción, en aproximadamente en 2 de cada 3 niños (62,1%) se registró el antecedente de haber realizado una consulta médica en la semana anterior a la internación en la que se produjo la muerte (fueron excluidos

los recién nacidos cuya defunción ocurrió sin haber sido dados de alta luego del nacimiento). Tal situación fue similar en los diferentes grupos etáreos.

**Tabla 5**  
**Distribución según antecedente de atención previa**  
**por cualquier motivo y grupo de edad**

Recibió atención la semana anterior	Neonatal	Posneonatal	1 a 4 años	Total
Sí	57,5%	66,3%	63,1%	62,1%
No	23,7%	11,7%	16,9%	17,6%
Sin dato	18,8%	22%	20%	20,2%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De acuerdo con la dependencia administrativa del establecimiento asistencial en que se realizó la consulta previa, 77% habían concurrido a establecimientos de dependencia oficial, a los que le siguen los que habían consultado antes en establecimientos privados (13,4%) y, en menor medida (1,9%), los que habían concurrido a consultorios privados. No se observaron diferencias entre los grupos etáreos considerados.

Según el tipo de atención requerida, el 68,2% había requerido atención en servicios de internación, y el 31,5% en servicios ambulatorios.

El motivo que había ocasionado la consulta en el 95,1% de los casos fue una patología relacionada con la que ocasionó la internación durante la cual se produjo la defunción; mientras que en el 85,5% de los casos habían recibido indicaciones de tratamiento médico.

### Acceso a la atención médica, en relación con la última internación

En cuanto a la forma de acceso al establecimiento en que ocurrió la defunción, el 28,8% de los pacientes habían sido derivados, 23,2% de ellos desde un establecimiento oficial.

**Tabla 6**  
**Distribución según forma de acceso a la institución donde ocurrió la defunción**  
**y grupo de edad**

Forma de acceso a la última internación	Neonatal	Posneonatal	1 a 4 años	Total
Espontáneo	52,6%	45,8%	48,4%	50,7%
Derivado	22,3%	44,5%	39,9%	28,8%
No se sabe	25,1%	9,7%	11,7%	20,5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De acuerdo con las condiciones de derivación, en el 36,8% de los casos dicha derivación fue evaluada como incorrecta.



**Tabla 7**  
**Distribución según condiciones de derivación y grupo de edad**

Condiciones de derivación	Neonatal	Posneonatal	1 a 4 años	Total
Correcta	40%	52%	47,6%	44,9%
Incorrecta	46,2%	28,8%	21,4%	36,8%
Sin Datos	13,8%	19,3%	31%	18,3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

La evaluación de la atención realizada en la última semana, en el 43,1% de los casos fue considerada adecuada. La distribución por grupo etéreo es la siguiente:

**Tabla 8**  
**Distribución según adecuación de la atención recibida en la última semana y grupo de edad**

Evaluación de la atención previa en la última semana	Neonatal	Posneonatal	1 a 4 años	Total
Adecuada	30%	49,3%	52,3%	43,1%
Discutible	13,8%	15,3%	11,7%	13,9%
Inadecuada	30,4%	19,6%	17,6%	23%
No se sabe	25,8%	15,8%	18,4%	20%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Oportunidad y calidad del diagnóstico

Junto al acceso efectivo y oportuno, la calidad de atención recibida resulta fundamental en relación con el objetivo de reducir la mortalidad. En tal sentido, el primer componente relevante es la elaboración de un diagnóstico precoz, así como la identificación de aquellas condiciones que puedan significar un riesgo adicional.

Diferentes condiciones de riesgo, vinculadas con factores familiares y sociales, nutricionales, antecedentes personales o con la propia gravedad del proceso que motiva la enfermedad, constituyen factores que, si son identificados oportunamente, pueden contribuir a un abordaje adecuado.

Sin embargo, según consta en los registros médicos analizados, no es frecuente la identificación de tales condiciones.

Se observó la identificación de las condiciones de riesgo familiar en el 34,4% de la muestra, con mínimas diferencias entre los grupos etéreos analizados (el 31,8% de las defunciones ocurridas en el período neonatal, el 43,8% de las ocurridas en el período post-neonatal y el 34,3% de los niños fallecidos de entre 1 y 4 años de edad).

En contraste, es frecuente una adecuada valoración del riesgo nutricional, particularmente en los niños menores de 1 año. Pudo observarse, en el 81,1% de los registros clínicos evalua-

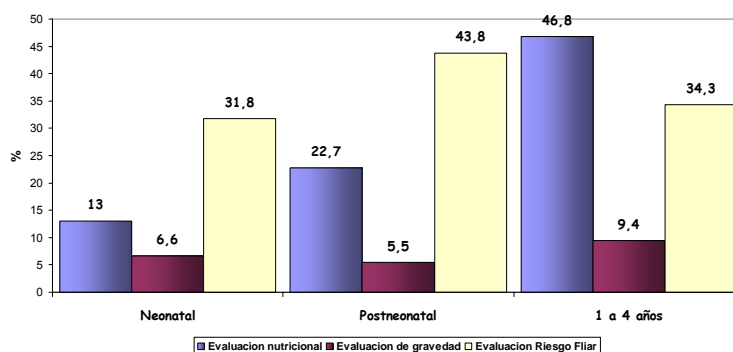
dos, la consignación de una correcta evaluación nutricional de los pacientes. Tal frecuencia alcanzó al 87% de las defunciones ocurridas en el periodo neonatal, el 77,3% de las ocurridas en el período post-neonatal y el 53,2% de los niños fallecidos de entre 1 y 4 años de edad.

En forma similar, la evaluación de la condición o gravedad al ingreso se observó en 88,6% de las historias clínicas evaluadas. Dicha evaluación fue correcta en el 93,3% de los casos.

La evaluación acerca de la utilización de métodos diagnósticos pone de manifiesto una correcta adecuación a las normas de atención. Fueron valorados como adecuados: el 80,3% de los procesos diagnósticos que involucraron estudios de laboratorio; el 80,8% de aquellos realizados mediante diagnósticos por imágenes; y el 69,6% de las prácticas.

Sin embargo, en alrededor del 10% de los casos, la valoración de la aplicación de los métodos diagnósticos fue evaluada como “inadecuada” (9,2% de los estudios de laboratorio; 8,5% de los diagnósticos por imágenes y el 10,3% de las prácticas).

**Figura 4**  
Inadecuación en la identificación del estado nutricional  
y gravedad al ingreso

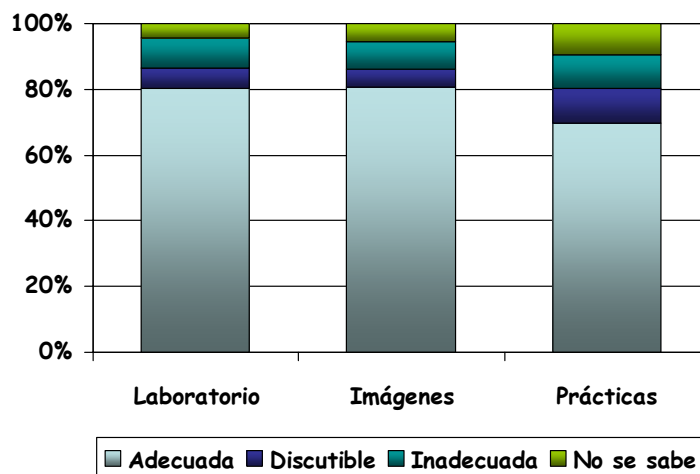


Junto con la valoración acerca de la adecuación de los métodos diagnósticos utilizados, resulta igualmente relevante considerar si el diagnóstico al que se arribó se adecuaba a los exámenes complementarios. A la luz de la evaluación realizada, pudo observarse que el diagnóstico se adecuó a los resultados de los exámenes de laboratorio en 81,1% de los casos. En forma similar, el diagnóstico fue adecuado a la información obtenida a partir de métodos de diagnóstico por imágenes en el 78,6% de los casos, en tanto que en el 69,1% no se adecuaba al resultado de las prácticas.

Nuevamente desde este punto de vista, en una proporción importante, cercana al 10% de los casos, el diagnóstico no se adecuaba a los resultados de los métodos de diagnóstico de laboratorio (9,2%), imágenes (8,5%) o prácticas específicas (10,3%).

Figura 5

### Adecuación del diagnóstico a resultados de métodos diagnóstico



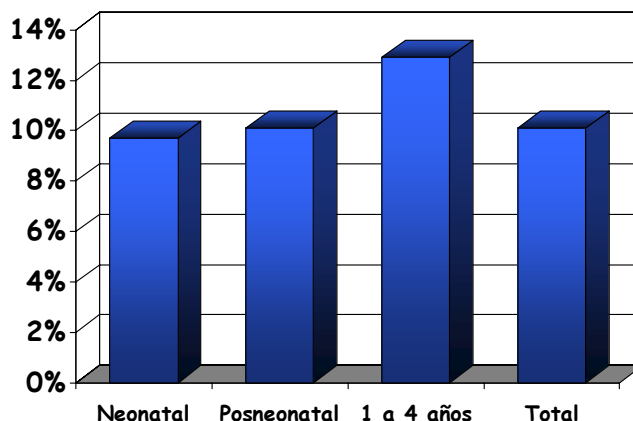
Tales inadecuaciones en la aplicación e interpretación de métodos diagnóstico se relaciona con la identificación de la causa de la muerte. Si bien en el 90,1% de los casos se alcanzó un diagnóstico definitivo, proporción similar en los tres grupos etáreos considerados, en el 9% de las defunciones ocurridas en el periodo neonatal, el 5,8% en aquellas en el periodo post-neonatal y el 6,9% en defunciones de niños de 1 a 4 años, no se alcanzó un diagnóstico definitivo de la causa de la muerte.

La proporción de defunciones analizadas en las que se arribó al diagnóstico definitivo es similar en aquellas muertes ocurridas en establecimientos dependientes del sector público (89,9%) así como en aquellas dependientes del sector privado (90,8%). Similar observación surge al comparar las defunciones según la complejidad del establecimiento donde se registraron. En tanto se arribó al diagnóstico definitivo en el 93,4% de las defunciones ocurridas en establecimientos especializados, en el caso de establecimientos generales la frecuencia observada fue del 88,1%.

En los casos en que no se realizó el diagnóstico definitivo, no se solicitaron exámenes complementarios en el 27,3% de los casos; los recursos diagnósticos fueron insuficientes en el 32% de los casos; en el 22,1% de los casos, los recursos diagnósticos no estaban disponibles; y en el 35,5% de los casos hubo demoras en su realización. Se señala un 41% de otras causas, sin identificar.

Otro aspecto relevante, que implica inadecuaciones relevantes en la calidad de atención, es la presencia de demoras en el diagnóstico. Se registraron demoras en el diagnóstico en el 10,1% de los casos, similares en los diferentes grupos etáreos (9,7% en el grupo neonatal, 10,1% en el grupo post-neonatal y 12,9% en las defunciones de niños de entre 1 y 4 años).

**Figura 6**  
**Identificación de demoras en el diagnóstico,**  
**según grupo etareo**



No es frecuente el acceso a métodos adicionales que contribuyan a mejorar la calidad del diagnóstico. Se registró la realización de biopsias en el 1,9% de los pacientes, estudios genéticos en el 4,5% y autopsias en el 3,7%.

Particularmente en los seis casos en los que el diagnóstico correspondió a Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, en ningún paciente se recurrió a la biopsia o autopsia.

En los casos de muerte de causa "mal definida", fue igualmente poco frecuente la realización de autopsia (26%).

En los pacientes fallecidos por causas relacionadas con malformaciones congénitas, se recurrió a métodos complementarios específicos (biopsias, autopsias o estudio genético) en baja proporción:

**Tabla 9**  
**Distribución según recurso diagnóstico implementado**

Recurso Diagnóstico	Porcentaje de utilización	Sin especificar
Autopsia	4,3%	5,9%
Biopsia	1,3%	22,9%
Estudio Genético	18,4%	16,6%

### Oportunidad y calidad en el tratamiento

En forma análoga a lo expuesto en relación con la calidad en el diagnóstico, se han observado diversas inadecuaciones en términos de calidad, en cuanto a la implementación de una terapéutica adecuada y oportuna. En el 10,6% de los casos analizados, se registraron demoras en la instauración del tratamiento. Si bien en el 46,8% de los casos no fue posible identificar el motivo de la demora, en aquellos casos en que sí fue posible, las causas identificadas se vincu-

laron con la falta de medicamentos (en el 5,2% de los casos), con la falta de equipo (en el 15,2%) y con la falta de personal (en el 5%).

De acuerdo con la evaluación de los procesos terapéuticos según normas de atención, en los casos en que correspondía fueron valorados como “adecuados”: ■ la medicación indicada en el 73,9% de los casos; ■ el apoyo nutricional brindado en el 76,3% de los casos; y ■ la indicación de oxígeno terapia, en el 78,1% de los casos.

Sin embargo, con frecuencia variable, las indicaciones en términos de medicación, apoyo nutricional y oxígeno terapia fueron valoradas como “discutibles” o “inadecuadas”.

**Tabla 10**  
**Adecuación de las medidas de apoyo seleccionadas durante la hospitalización**

Evaluación	Medicación	Nutrición	Oxígeno terapia
Adecuada	73,9%	76,3%	78,1%
Discutible	9,4%	7,2%	7%
Inadecuada	11,9%	6,4%	9,3%
No se sabe	4,8%	10,1%	5,6%
Total	100%	100%	100%

**Figura 7**

### Evaluación de los procesos terapéuticos - Medicación -

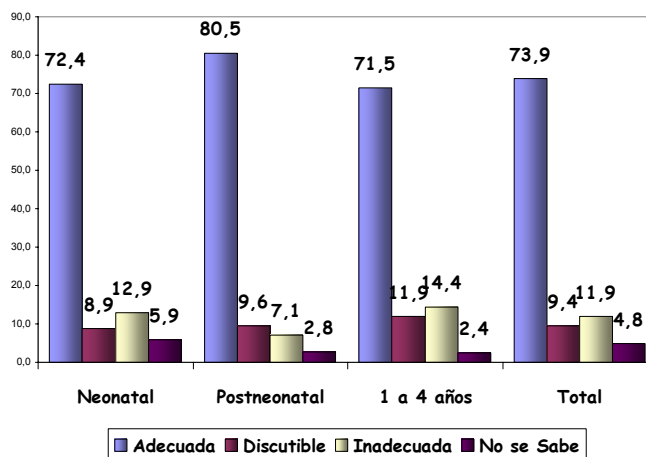


Figura 8

## Evaluación de los procesos terapéuticos - Nutrición -

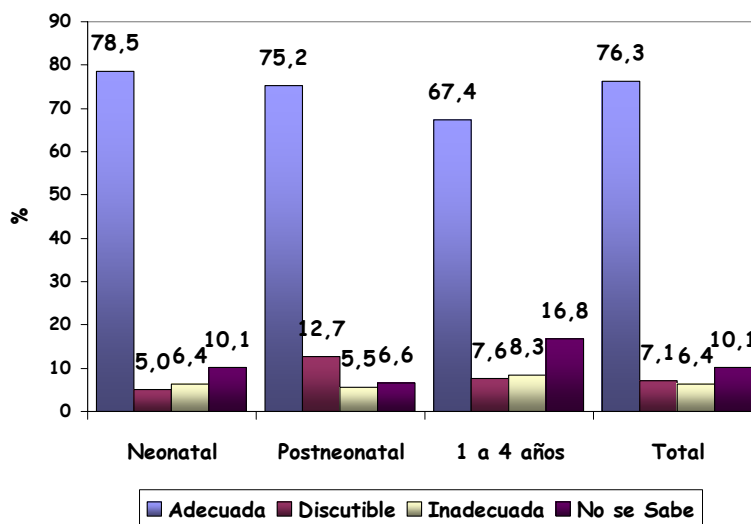
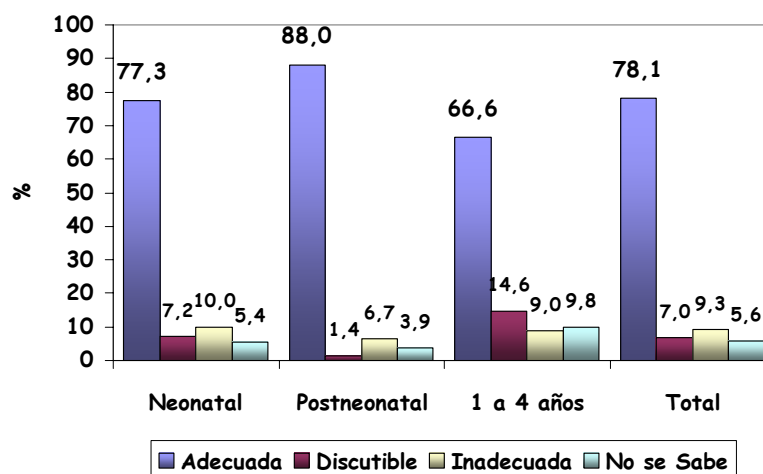


Figura 9

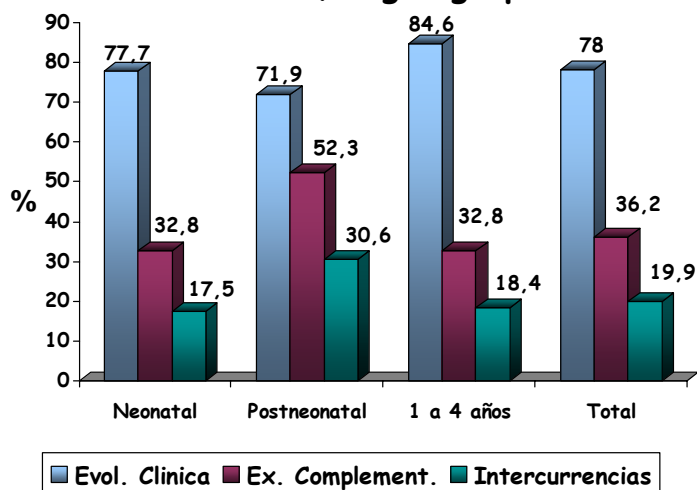
## Evaluación de los procesos terapéuticos - Oxigenoterapia -



De acuerdo con la evaluación realizada sobre los registros clínicos, en el 80,4% de los casos se requirió adecuar el tratamiento clínico en el curso de la internación. Sin embargo, tal adecuación fue efectivamente realizada en el 77,5% de los casos, con frecuencias similares en los grupos etáreos considerados (77,7% en los casos neonatales, 82,8% en los casos postneonatal y 66,7% en los niños de entre 1 y 4 años).

Cuando no hubo adecuación, se constató un 78% de discordancia con la evolución clínica; un 36,2% de discordancia con los resultados de exámenes complementarios; un 19,9% de discordancia por la presencia de intercorrientes y un 26% de discordancia por “otros” motivos.

**Figura 10**  
**Adecuación del tratamiento a la evolución clínica, exámenes complementarios y presencia de intercorrientes, según grupos etareos**



En el 14,3% de los casos, el tratamiento requerido fue quirúrgico, variando entre el 10,5% en el grupo neonatal y el 24,4% en el post-neonatal. En forma análoga a lo expuesto en relación con el tratamiento médico, se registraron demoras en la cirugía en el 24,4% de los casos. Cuando la intervención fue realizada en el mismo establecimiento, los motivos de la demora estuvieron vinculados a falta de turno en 8,9% de los casos; falta de recursos materiales en el 7,7% de los casos; falta de personal en el 5,4% e ellos y otras causas un 78%.

En los casos en los que la cirugía fue realizada en otro establecimiento, las demoras fueron ocasionadas por dificultades en el traslado (en el 1,3%) o por falta de turno (en el 2,2% de los casos).

Figura 11

### Pacientes con intervenciones quirúrgicas, según número de demoras

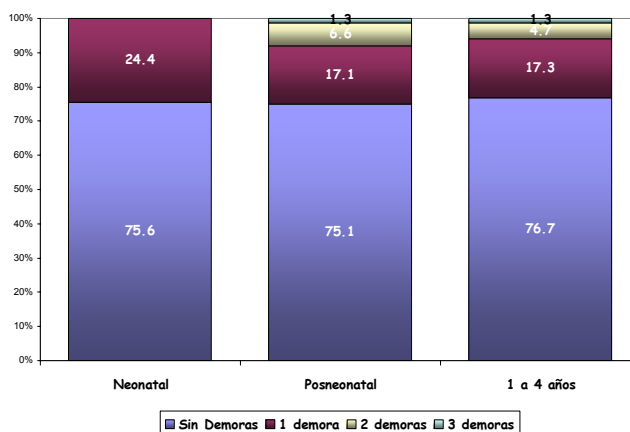
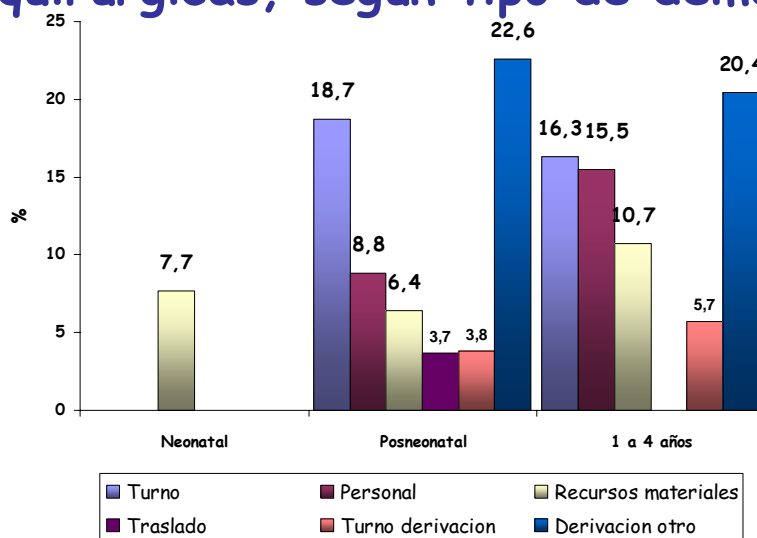


Figura 12

### Pacientes con intervenciones quirúrgicas, según tipo de demora

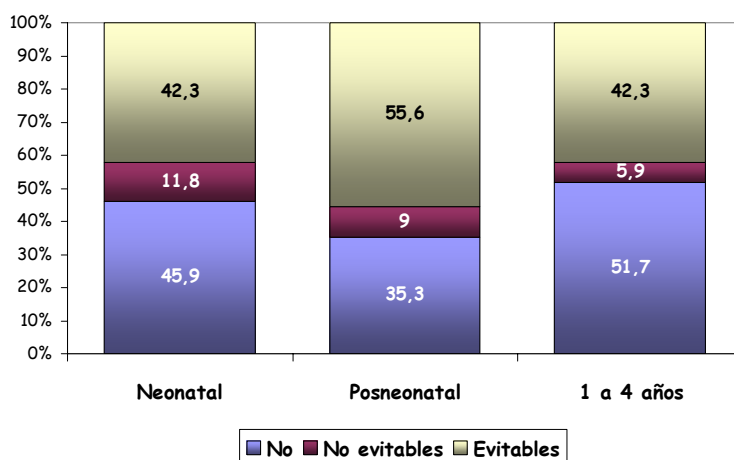


### Presencia de complicaciones en el curso de la hospitalización

En más de la mitad de los casos se registraron complicaciones en el curso de la hospitalización –el 55,5% de los casos–, las que fueron valoradas fundamentalmente como evitables –el 45%–, en tanto que 10,5% fueron valoradas como complicaciones no evitables. La frecuencia de complicaciones valoradas como evitables fue del 42,3%, del 55,6% y del 42,3% en el caso de las defunciones ocurridas en el periodo neonatal, postneonatal o entre 1 y 4 años de edad respectivamente.



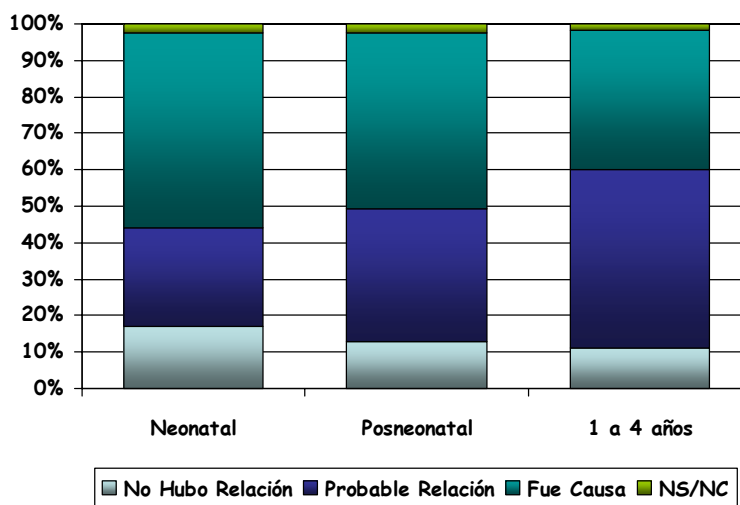
**Figura 13**  
**Presencia de complicaciones según evitabilidad**



Las complicaciones observadas con mayor frecuencia fueron infecciosas (54,3%); metabólicas (26,8%), quirúrgicas (3,6%), secundarias a procedimientos (13,2%) y vinculadas a la medicación (3,2%). Las complicaciones infecciosas son las que se presentaron con mayor frecuencia en todas las edades: 48,4%, 74,1% y 48,9% en las defunciones ocurridas antes de los 28 días, entre 1 y 12 meses, así como entre 1 y 4 años de edad.

Un aspecto sumamente relevante en términos del análisis de las complicaciones particularmente valoradas como evitables, es su vinculación con la causa de la defunción. En uno de cada dos casos (50,6%) la complicación fue valorada como la causa de la defunción, en tanto que en alrededor de 1 de cada 3 casos (31,7%) la complicación se valoró como posible causa de la defunción. Tal situación fue similar en los diferentes grupos según la edad en que ocurrió la defunción.

**Figura 14**  
**Vinculación entre la complicación y la causa de la defunción**



La distribución de la aparición de las complicaciones en el transcurso de los días, presenta diferencias según el tipo de complicación. Las complicaciones infecciosas se producen en su mayoría (65%) en internaciones prolongadas, de más de 7 días de duración, de manera semejante a lo que ocurre con las complicaciones quirúrgicas (43,4%). Por el contrario, en las internaciones cortas, menores a dos días, predominan las complicaciones relacionadas con los procedimientos (50,6%) y con la medicación (73,4%).

**Tabla 11**  
**Presencia de complicaciones según momento de ocurrencia desde el ingreso a la institución donde ocurrió la defunción**

Complicaciones:	1-2 días	3-7 días	> 7 días	Total
Infecciosa	10,9%	24,1%	<b>65%</b>	100%
Metabólica	24,7%	<b>46,7%</b>	28,5%	100%
Anestésica	0%	0%	0%	0%
Quirúrgica	24,8%	31,8%	<b>43,4%</b>	100%
Procedimientos	<b>50,6%</b>	23,7%	25,7%	100%
Medicación	<b>73,4%</b>	7,7%	19%	100%
Otros	38,6%	29,6%	31,8%	100%

Las características de las complicaciones fueron similares según la dependencia administrativa del establecimiento asistencial, así como según la especialización del establecimiento asistencial en que se produjo la defunción.

**Tabla 12**  
**Presencia de complicaciones según establecimiento**

Complicaciones:	Establecimiento público	Establecimiento privado	Total
Infecciosa	53,7%	56,1%	54,3%
Metabólica	24,2%	33,8%	26,8%
Anestésica	0%	0%	0
Quirúrgica	4%	2,6%	3,6%
Procedimientos	13,4%	12,7%	13,2%
Medicación	4%	1%	3,2%
Otros	25,8%	22,2%	24,8%

**Tabla 13**  
**Presencia de complicaciones según complejidad del establecimiento**

Complicaciones:	Establecimiento general	Establecimiento especializado	Sin dato	Total
Infecciosa	52,3%	58,3%	47,2%	54,3%
Metabólica	28,9%	22,2%	52,8%	26,8%
Anestésica	0%	0%	0%	0%
Quirúrgica	1,3%	7,8%	7,5%	3,6%

Procedimientos	16,1%	8,4%	0%	13,2%
Medicación	4,2%	1,4%	0%	3,2%
Otros	25,4%	24,6%	0%	24,8%

## Calidad de los registros médicos

Se mencionó, al referirse a los datos consignados en los IED, que la proporción de datos faltantes variaba entre 30% y 50%.

En el caso de las Historias Clínicas, se registró una situación similar. Si bien el 58,5% de los registros clínicos analizados fueron valoradas como “completos” y el 77,9% fueron legibles, tales datos indican, como contrapartida, que 4 de cada 10 historias clínicas estarían incompletas, y que en 2 de cada 10 la información consignada no sería clara.

## Análisis desde la perspectiva de la familia

Fueron realizadas 658 entrevistas domiciliarias (78,1% del número inicial definido), correspondientes al total de muertes extra-institucionales seleccionadas así como a una submuestra de aquellas registradas en instituciones de salud, según lo referido al describir la metodología.

El total de entrevistas realizadas se distribuyen de la siguiente forma: 82,5% a defunciones institucionales y 17,5% a extra-institucionales. Las principales causas de muerte en aquellas defunciones ocurridas fuera de establecimientos de salud son: 28% causa mal definida, 27,5% causas externas y 13,4% causas respiratorias.

De acuerdo a la caracterización socioeconómica de los hogares donde ocurrieron estas defunciones pudo observarse que:

- La frecuencia de hacinamiento fue de 45,9%
- La vivienda fue identificada como precaria en 54% de los casos
- Existían condiciones sanitarias inadecuadas en 54,7%
- En el 19% de los casos, la asistencia escolar era inadecuada
- E 41,4% se hallaban por debajo de la capacidad de subsistencia
- El 64,7% de los casos presentaban Necesidades Básicas Insatisfechas

A partir de las entrevistas realizadas, pudo establecerse que en aquellos hogares donde residían los niños fallecidos, en general (82,2%) era la madre la persona a cargo del cuidado de los niños. En otros casos, aunque con menor frecuencia, se identificó al padre (0,9%) o a los abuelos (0,6%) como las personas a cargo del cuidado de los niños. Cabe mencionar que en el 5% de los hogares en los que se realizó la entrevista, se refirió que los niños se encontraban habitualmente al cuidado de otros menores.

La edad media de la persona a cargo del cuidado de los niños fue de 25,2 años (IC 95% 24,8 - 25,6). Sin embargo, en el 16,5% de los casos la persona a cargo era menor de 20 años. En relación con su nivel de instrucción, el 28,9% no habían completado el nivel de educación primario, en tanto que 22,2% había completado el secundario o alcanzado un nivel superior.

En el 82,7% de los casos, la persona a cargo del niño refirió no trabajar, en tanto que el 2,6% lo hacía todo el día y el 13,1% parte del día.

Las familias donde los niños vivían fueron caracterizadas como: *nuclear simple* (en el 55,8% de los casos), *extendida simple* (35,2%), *ensamblada* (6,3%), *monoparental* (1,8%) y *otras* (0,9%).

Entre los antecedentes sociales se observó la presencia de alcoholismo (en el 9,4% de los casos), drogadicción (1,1%), violencia familiar (7,2%) y enfermedades crónicas (13,7%). En el 14,7% de los casos, la persona entrevistada refirió la presencia de hermanos desnutridos y en el 12,1% de los casos, el fallecimiento previo de otros niños.

## Acceso al cuidado y la atención de la salud

En aproximadamente uno de cada dos casos (45,1%) los niños fallecidos se encontraban previamente en buen estado de salud, según lo manifestado en la entrevista.

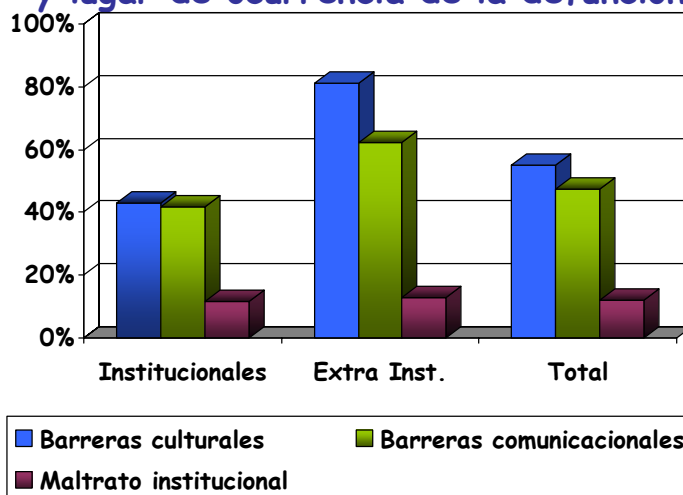
En aquellos casos en los que se indicó que los niños se encontraban enfermos, en el 45,7% se refirió la presencia de “resfrío y/o tos”; en 28,1%, de fiebre; en el 12,6%, de diarrea; en el 4,4%, haber presentado caídas o “accidente”; en tanto que en el 50,7% de los casos habían aparecido “otros síntomas”.

En forma análoga a lo observado a partir de la revisión de historias clínicas, el 68,3% refirió que en la semana previa a la defunción se había efectuado una consulta médica. Tal frecuencia fue algo más elevada en los niños fallecidos en establecimientos de salud (75,5%), en comparación con aquéllos fallecidos fuera de instituciones de salud (55,1%). En aquellos casos en que se había efectuado una consulta médica durante la semana previa a la defunción, aquella se realizó principalmente en “Hospitales o Clínicas” (75,7%) y, en segundo lugar, en “Centros de Salud” (17,3%), según lo expresado en la entrevista.

En los casos en que estando el niño enfermo, la consulta fue tardía o no se realizó, en el 55,1% de los casos se identificó la presencia de barreras culturales y en el 47,5%, de barreras comunicacionales, en tanto que en el 12,1% de los casos se refirió maltrato institucional. En cuanto a los niños que fallecieron fuera de una institución de salud, la presencia de barreras fue más frecuente; en el 81,1%, se refirieron barreras culturales; en el 62,4%, barreras comunicacionales y en el 12,9%, maltrato institucional.

Figura 15

### Presencia de barreras referidas en la entrevista en el hogar, según tipo de barrera y lugar de ocurrencia de la defunción



Diferentes fueron las razones identificadas por las cuales se consultó en forma tardía o no se realizó la consulta.

En el 12,5% de los casos se identificaron demoras en la búsqueda de atención de salud, reconociéndose como motivos principales los siguientes:

- 91,8% señaló no haberlo considerado necesario;
- 3,5% refirió falta de confianza en el establecimiento de salud más cercano;
- 1,6% no contaba con acompañamiento o con alguien que quedara al cuidado de sus otros hijos;
- 3,2% refirió no disponer de dinero para trasladarse a un establecimiento de salud;

En 5,6% de los casos, se identificaron demoras en llegar al servicio asistencial, por los siguientes motivos:

- 86,5% de los casos refirió que el establecimiento "le quedaba muy lejos";
- 13,5% refirió que no contaba con medio de transporte desde el domicilio al servicio de salud.

Se identificaron demoras en recibir atención en el 4% de los casos, manifestándose más frecuentemente los siguientes motivos:

- 21,9%, poca percepción del problema por parte del equipo de salud;
- 36,4% poca percepción de los factores de riesgo familiares por parte del servicio de salud;
- 13,1%, falta de personal;
- 2,4%, falta de turnos.

En los casos en los que se realizó consulta en la semana previa a la defunción, en el 69,6% de ellos se mencionó haberseles indicado tratamiento médico. Sin embargo, en el 4,7% de ellos se mencionó que no fue posible realizar el tratamiento indicado. Entre los motivos del incumplimiento del tratamiento indicado, el 36,6% refirió que no se le entregaron los medicamentos y no fue posible adquirirlos, el 29,8%, que no le parecieron adecuadas las indicaciones y el 3,8% no entendió las indicaciones.

**Tabla 14**  
**Motivo de incumplimiento de indicaciones terapéuticas,**  
**según establecimiento en que se realizó la indicación**

Motivo de incumplimiento:	Hospital o Clínica	Centro de Salud
No le entregaron los medicamentos y no los pudo adquirir	33,3%	55,4%
No le parecieron adecuadas las indicaciones	35%	0%
No entendió las indicaciones	4,4%	0%
Otras	27,3%	44,6%
Total	100%	100%

En una proporción elevada (66,1%) se mencionó durante la entrevista que en la consulta recibieron información sobre el problema o los riesgos de la situación del niño. Sin embargo, tal frecuencia permite inferir que en 1 de cada 3 casos se refirió no haber recibido suficiente in-

formación. No obstante, en relación con lo anterior el 33% de aquellos que refirieron haber recibido información sobre el problema o los riesgos de la situación del niño, indicaron no haber comprendido tal información.

## Percepción de las familias en relación con la defunción

Claramente, las percepciones en torno a la defunción requieren ser analizadas en forma particular, según éstas hubieran ocurrido fuera de establecimientos de salud o bien en ellos.

En el caso de los primeros, en el 61% de los casos se indicó que el niño “estaba sano, fue de repente”, en tanto que en el 39% de los casos se indicó que el niño se encontraba enfermo.

Desde el punto de vista de los miembros del hogar del niño que respondieron la entrevista, los motivos por los cuales se produjo la defunción se vincularon a las siguientes razones:

- 67,6%: poca percepción del problema y su gravedad por parte de la familia.
- 59,1%: poca percepción del problema de salud del niño por parte del equipo de salud al que se consultó previamente.
- 56,2%: poca percepción de los factores de riesgo familiares por parte del equipo de salud.
- 18,9%: falta de confianza en el efector de salud disponible.
- 34,1%: deficiente comunicación del equipo de salud con la familia.
- 11,5%: falta de dinero para transportarse o pagar la prestación.
- 17,8%: falta de medio de transporte en esos momentos.

En los casos de aquellos niños que fallecieron en establecimientos de salud y la valoración de su estado de gravedad al momento de ingreso al establecimiento, las personas encuestadas en los hogares indicaron:

- En el 43,9% de los casos el estado era “muy grave”;
- En el 50,7% de los casos, el niño llegó “con respiración débil y sin fuerzas, pálido, con gran decaimiento y poca respuesta a estímulos” (“Grave”).
- El 4,7% de ellos llegó “en buen estado general” (“Estable”).

En la entrevista se identificó que:

- El 14,8% concurre al establecimiento donde ocurrió la defunción de manera espontánea (lo llevó la familia, sin derivación);
- El 32,8% fue derivado y trasladado por el propio establecimiento médico.
- El 3,8% se solicitó la derivación, pero fue trasladado por la propia familia.
- El 47,9% había nacido en el mismo establecimiento donde ocurrió la defunción

El ingreso al establecimiento se produjo, según lo referido, principalmente en días hábiles (68,7%); 0,6% en fines de semana y 30,7% días feriados.

Las defunciones ocurrieron principalmente (86,1%) en el servicio de Terapia Intensiva o, en segundo lugar, en el Servicio de Urgencia (5,7%) o bien en el Servicio de Clínica Pediátrica o internación conjunta (3,7%).

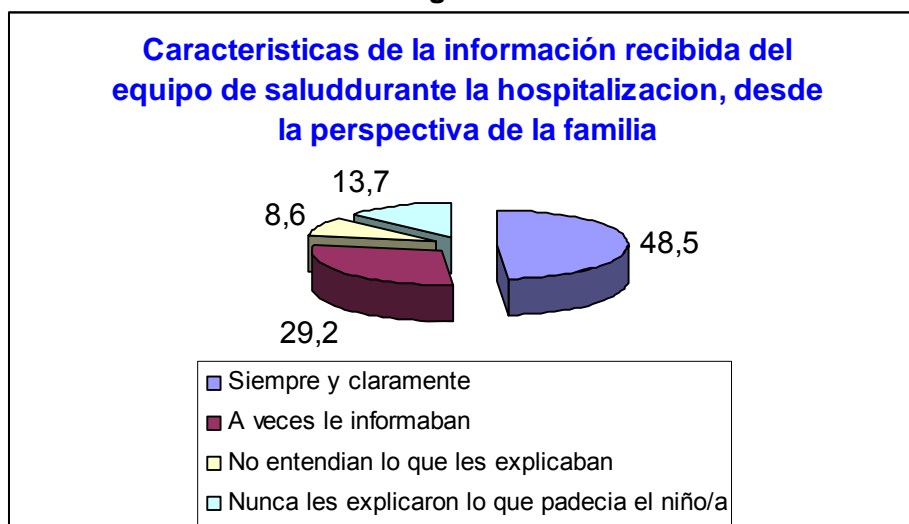
En el 2,5% de los casos, se indicó durante la entrevista que le fueron solicitados medicamentos u otro elemento que debió ser adquirido por la familia.

Los aspectos vinculados a la comunicación entre el equipo de salud y la familia del niño muestran diferentes inadecuaciones según lo referido durante la entrevista en el hogar. En el 13,7% de los casos, se indicó que nunca se les explicó el problema que el niño presentaba, en tanto que el 8,6% refirió no haber comprendido las explicaciones recibidas. Por el contrario, el 48,5% y el 29,2% respectivamente, indicaron haber recibido información siempre y en forma clara, o bien a veces.

El reconocimiento por parte de los familiares de haber recibido información en forma clara es mayor en el caso de los niños que fallecieron en un servicio de Terapia Intensiva (54,2%), con bajas proporciones de padres que refieren no haber recibido información (9%) o no haberla entendido (8,3%).

Por el contrario, las familias de los niños fallecidos en Servicios de Urgencia refieren con mayor frecuencia haber sido informados “a veces” (54%) o “nunca” (33,2%), en tanto que muy pocos refirieron haber recibido información en forma clara (8,9%). Los padres de pacientes que fallecieron en Salas de Internación refieren haber recibido explicaciones “a veces” en el 45% de los casos.

**Figura 16**



**Tabla 15**

**Valoración de la información recibida del equipo de salud referido por los padres, según establecimiento en que ocurrió la defunción**

Valoración de la información recibida	Guardia o Sala de Emergencias	Sala de Pediatría o Internación Conjunta	Terapia Intensiva	Otros	Total
Siempre y Claramente	8,9%	19,1%	54,2%	17,7%	48,5%
A veces	54%	45,0%	28,5%	4,8%	29,2%
No entendían	3,8%	15,8%	9%	0,4%	8,6%
Nunca les explicaron	33,2%	20,1%	8,3%	77,1%	13,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

La valoración de las familias acerca de la información recibida fue similar al comparar los hogares, según la presencia de Necesidades Básicas Insatisfechas.

**Tabla 16**  
**Valoración de la información recibida del equipo de salud referido por los padres, según presencia de Necesidades Básicas en el hogar**

Valoración de la información recibida	Con NBI	Sin NBI	NS/NC	Total
Siempre y Claramente	48,8%	45,7%	93,2%	49,9%
A veces	25,2%	38,2%	6,8%	28,4%
No entendían	12,9%	0,1%	0%	8,3%
Nunca les explicaron	13,1%	16%	0%	13,4%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Por el contrario, la valoración de la información recibida fue mejor en los hogares de niños fallecidos en establecimientos dependientes del Sector Privado.

**Tabla 17**  
**Valoración de la información recibida del equipo de salud referido por los padres, según dependencia administrativa del establecimiento**

Valoración de la información recibida	Público	Privado	Total
Siempre y Claramente	35,4%	93,9%	48,6%
A veces	37%	2,9%	29,4%
No entendían	11%	0,7%	8,7%
Nunca les explicaron	16,5%	2,5%	13,4%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Satisfacción con la atención desde la perspectiva de la familia

La percepción de la atención recibida previamente a la defunción fue similar entre las familias de los niños fallecidos en establecimientos de salud o bien fuera de ellos. Sin embargo, los resultados observados en este sentido dan cuenta de una limitada satisfacción a la atención recibida.

En los casos de defunciones extra-institucionales, el 54,4% de las familias refirió estar satisfechas con la atención recibida.

En aquellos casos en que se indicó estar disconforme, tal disconformidad se vinculó a fallas en la atención en 84,8% de los casos; fallas en la comunicación en 12,2% y a otras causas en 2,9%.

En los casos de defunciones ocurridas en establecimientos de salud, el 53,1% de las familias refirió estar conforme con la atención recibida, mencionándose como principales motivos de disconformidad las fallas en la atención (en el 33,9% de los casos) y a fallas en la comunicación (en el 59,6%).



## Caracterización de los establecimientos

Fueron evaluados 191 establecimientos, que incluyeron 92 Servicios de Pediatría y 143 Servicios de Neonatología.

En cuanto a la distribución de las defunciones según condiciones de los establecimientos, el 47% de los niños fallecieron en instituciones con un cumplimiento de las condiciones básicas menor al 75%.

**Tabla 18**  
**Distribución de las defunciones según nivel de cumplimiento de las condiciones básicas de los establecimientos de ocurrencia**

Cumplimiento	Defunciones
0-75% de cumplimiento	47%
76-100% de cumplimiento	46,9%
No tiene Institución evaluada	6%
Total	100%

### Clínica pediátrica

La observación y el análisis acerca de las características de los establecimientos en los que se registraron las defunciones incluidas en el estudio, se orientaron a identificar los aspectos vinculados con la calidad de los servicios y la atención brindada, que pudieran guardar relación con las defunciones analizadas.

Según fuera descrito al referirse a la metodología del estudio, se caracterizaron en forma separada los aspectos referidos a Servicios con Internación Pediátrica y Servicios de Neonatología.

Para simplificar la presentación de resultados, se agruparon los establecimientos según el porcentaje de cumplimiento de las condiciones estructurales básicas, conformando así dos grupos según presentaran un porcentaje de cumplimiento de las condiciones básicas de 0 a 75% de cumplimiento, y con porcentaje de cumplimiento de 76 a 100% respectivamente.

La proporción de Servicios con Internación Pediátrica en los cuales se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 76% en cada una de las condiciones básicas, según tales condiciones, fue:

- Personal Médico: 69,8%
- Otro personal: 69,7%
- Personal de Enfermería: 65,7%
- Condiciones estructurales: 51,9%
- Recursos humanos en general: 51,4%
- Recurso físico: 43,4%
- Equipamiento: 37,6%
- Condiciones estructurales en internación de pacientes especiales: 36,4%

La proporción de Servicios con internación pediátrica en los que las condiciones estructurales básicas de Consultorios Externos alcanzaron porcentajes de cobertura mayores a 76% alcanzó al 66%.

En relación con el cumplimiento de condiciones básicas en unidades de Terapia Intensiva, la proporción de establecimientos con niveles de cumplimiento superiores a 76% fue de 50% en Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas de menor complejidad, y 52% en Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas de mayor complejidad.

La evaluación del recurso humano en las salas de Terapia Intensiva Pediátrica, señala un cumplimiento mayor al 75% en el 47,1% de los casos:

- 73% con respecto al plantel médico,
- 60,6% en relación con la Enfermería
- 34,7% respecto a personal de Kinesiología
- 57,3% respecto de otro personal.

La proporción de establecimientos con cumplimiento superior al 75% de las condiciones básicas vinculadas a planta física en servicios de Terapia Intensiva de menor complejidad fue de 46,4%, en tanto que se observó tal grado de cumplimiento en el 49,2% de los Servicios de Terapia Intensiva de mayor complejidad.

Finalmente, el 27,9% de los establecimientos evaluados mostraron un cumplimiento superior al 75% en la disponibilidad de servicios de apoyo e interconsulta en Servicios de Terapia Intensiva de mayor complejidad.

## Servicios de Neonatología

La proporción de Servicios de Neonatología evaluados en los que se identificó un nivel de cumplimiento de las condiciones básicas mayor del 76%, según el tipo de condición, fue:

- Planta Física: 51,8%
- Equipamiento e instrumental: 60,3%
- Recurso Humano: 18,5%
  - Médicos: 55,9%
  - Enfermería: 21,7%
  - Personal Administrativo: 51,3%
- Servicios complementarios: 79,3%

En resumen, la proporción de establecimientos con adecuación de los Servicios de Neonatología superior al 75%, fue del 39,7%.

Valoración del proceso de atención según cumplimiento de las condiciones estructurales básicas de los establecimientos de salud

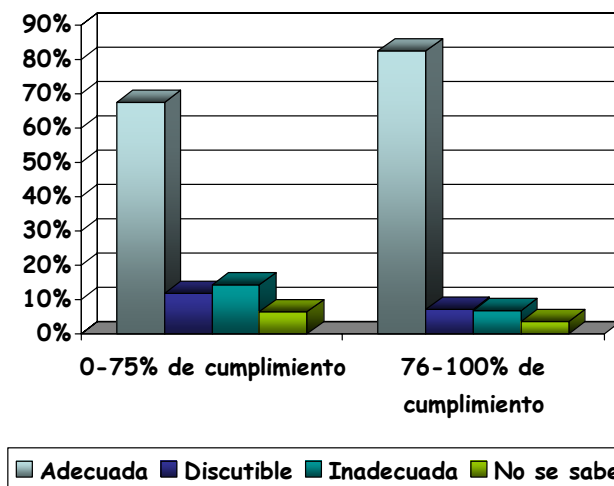
En aquellos establecimientos con mayor grado de cumplimiento de las condiciones estructurales básicas (>76%), se observaron frecuencias más elevadas en los criterios de calidad utilizados para valorar el proceso de atención.

Se alcanzó un diagnóstico definitivo en el 91,9% y el 88,2% de las defunciones, según hubieran ocurrido en establecimientos con mayor o menor grado de cumplimiento de las condiciones básicas, respectivamente.

La valoración de los procesos terapéuticos teniendo en cuenta el cumplimiento de las condiciones estructurales básicas en cada establecimiento, señala que la medicación fue adecuada en el 73,9% de todos los casos incluidos en este trabajo, mientras se reducía al 67,4% en el caso de los niños que fallecieron en establecimientos con un cumplimiento inferior al 75%.

Figura 17

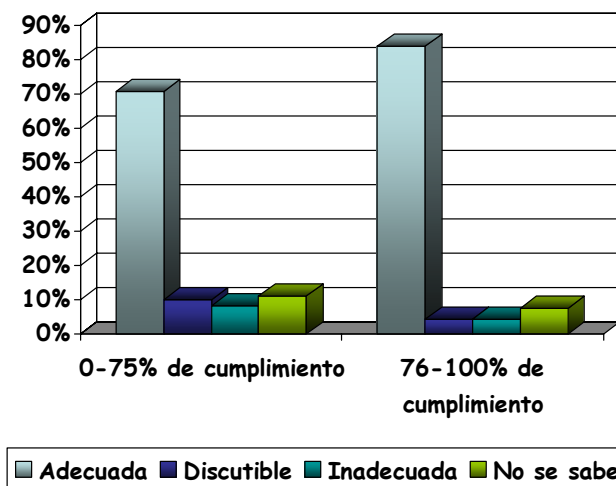
### Adecuación de la terapéutica según cumplimiento de las condiciones básicas de los establecimientos



En cuanto a la valoración del tratamiento nutricional, fue adecuado en el 76,3% de todos los casos, mientras que en el caso de los niños que fallecieron en establecimientos con un cumplimiento inferior al 75%, el tratamiento nutricional fue adecuado en el 70,8% de los casos.

Figura 18

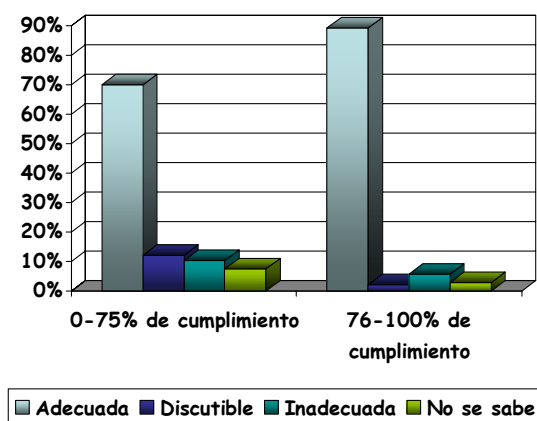
### Adecuación del apoyo nutricional según cumplimiento de las condiciones básicas de los establecimientos



En relación con el tratamiento suplementario con Oxígeno, éste fue adecuado en el 78,1% de todos los casos, mientras que en el caso de los niños que fallecieron en establecimientos con un cumplimiento inferior al 75%, el tratamiento con Oxígeno fue adecuado en el 70,1%.

**Figura 19**

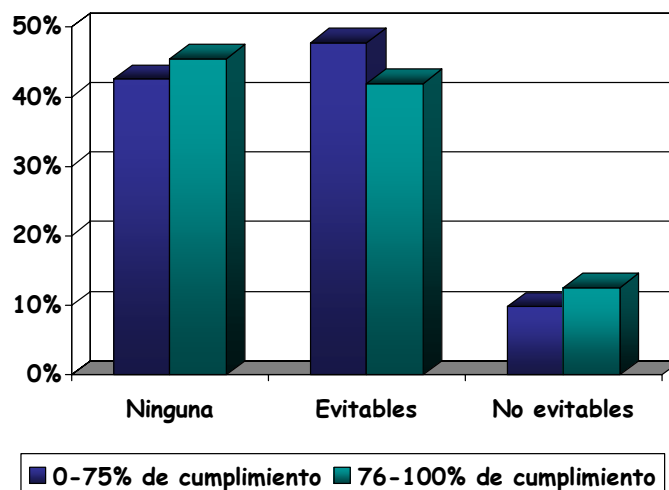
**Adecuación del tratamiento suplementario con Oxígeno según cumplimiento de las condiciones básicas de los establecimientos**



La presencia de complicaciones en la hospitalización durante la cual se produjo la defunción según el cumplimiento de las condiciones estructurales básicas de los establecimientos, no presentó diferencias importantes.

**Figura 20**

**Frecuencia y tipo de complicaciones según características de los establecimientos**



Se identificó la presencia de complicaciones infecciosas en el 43,8% de los establecimientos con menos del 75% de cumplimiento y en el 53,2% cuando el cumplimiento era mayor del 75%.

## Conclusiones

Los resultados presentados dan cuenta de diferentes e importantes desafíos a abordar en términos de lograr una efectiva reducción en la mortalidad de niños menores de 5 años.

► Surge del estudio la identificación de **diferentes inadecuaciones**, vinculadas no sólo a la calidad de atención prestada desde el punto de vista de la atención médica, sino que involucran, además, factores relativos a la calidad de los registros, a la definición de la causa de la muerte o bien a la comunicación entre el equipo de salud y las familias.

► Desde el punto de vista de la **calidad del diagnóstico de las causas de muerte**, según lo definido en el primer objetivo del Estudio, pudo identificarse que una proporción importante de defunciones agrupadas como “mal definidas”, a partir del análisis realizado pudieron ser redefinidas con mayor precisión.

► Se identificó una **coincidencia diagnóstica** en el 14,9% de las defunciones registradas agrupadas como “mal definidas”, en tanto en aquéllas cuya causa fue considerada inicialmente como “bien definida”, la coincidencia fue del 51,2%. Este hecho implica que la proporción restante corresponde a causas que, si bien originalmente no fueron identificadas con precisión, existía información que hubiera permitido una definición más clara.

► Es importante resaltar que la **definición de la causa de la muerte** no constituye un acto meramente administrativo. A partir de la identificación y análisis de las causas de muerte, es como se definen y planifican las acciones. Por tanto, una precisa definición de la causa de la muerte favorece una adecuada toma de decisión en términos poblacionales.

► Ciertamente, como se ha dicho, la calidad del diagnóstico se vincula al **lugar donde ocurre la defunción**. Es por ello que la proporción de defunciones agrupadas como “mal definidas” fue mayor (26,8%) en aquéllas ocurridas fuera de establecimientos de salud, en comparación con las ocurridas en ellos (1,9%).

► Una observación relevante se vincula con la **calidad de los registros**. Tanto los Informes Estadísticos de Defunción como las Historias Clínicas mostraron serias limitaciones en términos de su llenado. La calidad de los registros médicos muestra deficiencias variables, habiéndose observado que en el 41,5% de los casos se hallaban incompletos y el 22,1% presentaba dificultades para su lectura. La elevada proporción de datos faltantes, la dificultad en la lectura de lo consignado en las historias clínicas debido a la letra poco legible, o dificultades en el acceso a ellas debido a la forma en que son resguardadas, constituyen un elemento fundamental al momento de analizar la calidad de los servicios desde una mirada integral

► En relación con las **características del proceso de atención**, se ha observado tanto a partir del análisis de las Historias Clínicas como en las entrevistas domiciliarias, que en una frecuencia cercana a los dos tercios de los casos analizados, los niños habían recibido atención médica la semana anterior a que ocurriera la defunción. Resulta particularmente relevante destacar, según lo observado, que en más de 90% de los casos, que la atención ocurrió por motivos vinculados a la causa que condujo a la defunción.

Tal observación alerta acerca de la importancia de enfatizar la **valoración de condiciones de riesgo**, poniendo de manifiesto la necesidad de abordar a cada paciente no sólo desde el punto de vista del motivo de la consulta, sino valorando todos aquellos factores que potencialmente podrían significar un riesgo adicional.

► El **análisis de las Historias Clínicas** permitió identificar que la valoración de condiciones de riesgo en el momento de la internación fue insuficientemente consignada. Dado que el estudio se centró en la evaluación de los registros, no podría concluirse que no se hubiera realizado la evaluación. Sin embargo, la ausencia de información acerca de las condiciones de riesgo, junto con la observación de consultas previas en un elevado número de niños, permitiría inferir que es necesario fortalecer la mirada en este sentido. Se consignó la presencia de riesgo familiar en el 34,4% de los registros de pacientes fallecidos en instituciones. En el 81% de los casos se había realizado una adecuada evaluación nutricional al ingreso, en tanto que en el 88,6% de los casos constaba información acerca de la gravedad del paciente.

► Si bien se alcanzó un diagnóstico definitivo en una alta proporción (90,1%), se identificaron al mismo tiempo **diferentes inadecuaciones y demoras vinculadas al proceso diagnóstico**.

► Se registran asimismo, **demoras en el inicio del tratamiento** en el 10,6% de las defunciones, casos en los cuales no pudo identificarse el motivo de la demora en un 46,8%. Particularmente frecuentes fueron las demoras observadas en la instauración de tratamiento quirúrgico, demoras debidas a diferentes factores.

► Si bien existe una relativa **adecuación de los procesos terapéuticos**, observada en alrededor del 70% de los casos, desde el extremo opuesto puede considerarse que en 1 de cada 3 casos el tratamiento no se adecua completamente a las normas.

Este hecho, sumado a la presencia de complicaciones frecuentemente identificadas, guarda relación con la calidad de la atención en general, y particularmente con la mortalidad en este grupo de edad.

► Es sumamente importante la identificación de una **elevada frecuencia de complicaciones que fueron definidas como “evitables”**. De acuerdo con la evaluación realizada, en aquellos casos en que se identificaron complicaciones, podría haberse evitado el 45% de las mismas, en tanto que en el 10,5% de los casos se registraron complicaciones que no habrían podido evitarse. En cuanto a los tipos de complicación más frecuentemente observados (más de la mitad de las complicaciones (54,3%) fueron infecciosas; el 26,8%, metabólicas; el 3,6%, quirúrgicas; el 13,2%, secundarias a procedimientos; y el 3,2% se debieron a la medicación), junto con su identificación como causa de la muerte en una proporción elevada, alertan acerca de la necesidad de implementar estrategias específicas en relación con el control de infecciones y la calidad de la atención, de modo que tales condiciones puedan reducirse.

► Sin embargo, **el acceso oportuno y la comunicación entre la familia y el equipo de salud** constituyen limitantes de importancia, aun desde antes de la internación. En una proporción importante, se observó que la consulta fue tardía o no se realizó, que se registran frecuentemente barreras culturales y comunicacionales, y que inclusive en algunos casos se refirió la presencia de maltrato institucional

► La **insuficiente percepción del riesgo**, que permitiría intervenciones tempranas y específicas, se observó tanto entre las familias como entre los equipos de salud. La observación de

- una escasa percepción del problema y de su gravedad por parte de la familia y por parte del equipo de salud;
- la baja percepción de los factores de riesgo familiares por parte del equipo de salud;
- la falta de confianza en el efector de salud disponible; y
- la deficiente comunicación del equipo de salud con la familia,

fueron todos factores referidos en alrededor del 50% de los casos en las entrevistas domiciliarias.

► Adicionalmente, se mencionó

- la falta de dinero para transportarse o para abonar la prestación, o bien
- la falta de medios de transporte como **condiciones que contribuyeron a limitar el acceso oportuno**, y que fueron observadas frecuentemente.

► La **evaluación de las condiciones básicas de los establecimientos** en que ocurrieron las defunciones permitió identificar que en términos globales, éstas muestran un grado de cumplimiento superior al 75% en aproximadamente la mitad de los establecimientos.

Si bien todas las condiciones básicas muestran cierto grado de inadecuación, en algunas de las dimensiones esta situación es más crítica.

► El **recurso humano**, particularmente Médico y de Enfermería muestra inadecuaciones en una importante proporción de establecimientos.

► Más crítica es la situación en relación con el **recurso físico**, particularmente en los establecimientos dependientes del sector público. En forma similar, el equipamiento y las condiciones básicas para la atención de pacientes especiales muestran importantes inadecuaciones.

Tales situaciones son aun más relevantes en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas, tanto en aquellas de menor complejidad como en aquellas de mayor complejidad.

► En tales unidades se observaron importantes inadecuaciones, también en términos del **recurso humano** y, en este caso, particularmente en el personal de Enfermería y Kinesiología. Al igual que en los Servicios de Internación Pediátrica, tanto las condiciones vinculadas al recurso físico como al equipamiento, muestran igualmente importantes inadecuaciones.

► Finalmente, y en forma análoga a lo observado en unidades de cuidados intensivos, los Servicios de Neonatología muestran una **muy baja frecuencia de establecimientos que alcanzan a cumplir el 75% de las condiciones básicas** –(9,7% en forma general y 33,3% en establecimientos dependientes del sector oficial). En este caso, se vuelven particularmente relevante las limitaciones relacionadas con el recurso humano, observándose baja frecuencia de cumplimiento de las condiciones básicas tanto en cuanto al equipo médico como al de Enfermería y al personal administrativo.

## Hacia dónde dirigir los esfuerzos

La Mortalidad de menores de 5 años, con diferencias entre países o hacia el interior de ellos, constituye un problema de notable relevancia, aun cuando se han registrado descensos en los últimos años. En tal sentido, la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio pone claramente de manifiesto su importancia.

En el caso de la Argentina, se han planteado como metas a alcanzar en el año 2015, en relación con el Objetivo 5 –Reducir la Mortalidad Infantil– el logro de una reducción en dos tercios de la Mortalidad Infantil y la Mortalidad de niños menores de 5 años, entre 1990 y 2015. En el año 2007 se ha logrado un descenso de 48,2% en la Tasa de Mortalidad Infantil con respecto a los valores correspondientes al año 1990, en tanto que la Tasa de Mortalidad de menores de 5 años se redujo en 43,4%.

Desde los valores registrados en el año 2007 en la Tasa de Mortalidad Infantil y de menores de 5 años (13,3‰ y 15,6‰ respectivamente) hasta alcanzar los definidos por las Metas (8,5‰ y 9,9‰ respectivamente), resta todavía recorrer un camino, a pesar de la importante reducción registrada<sup>(6)</sup>.

Tal como se consideró en el presente documento, más allá de las causas inmediatas vinculadas con las defunciones de menores de 5 años, es importante detenerse a analizar las causas básicas y subyacentes relacionadas con tales defunciones. En ese sentido, se observan con frecuencia distintas inadecuaciones en el proceso de cuidado y atención de la salud, así como en la calidad de los servicios prestados.

Tal como se expuso, se presentan con magnitud variable inadecuaciones relacionadas con:

- la calidad de la identificación de la causa de la muerte;
- la calidad de los registros;
- el acceso a la atención;
- la valoración de condiciones de riesgo;
- la comunicación entre el equipo de salud y las familias;
- la presencia de demoras en el diagnóstico o tratamiento;
- la presencia de complicaciones, fundamentalmente de causa infecciosa, durante la internación; o bien
- en los servicios, particularmente en términos de recursos humanos, físicos o de equipamiento.

Entre las estrategias centrales en términos de alcanzar las metas definidas para el año 2015, constituyen desafíos fundamentales:

- la implementación de acciones orientadas a disminuir la proporción de las defunciones por causa reducible, favoreciendo principalmente la cobertura de la población; junto a
- mejoras sustantivas en la calidad de atención, fortaleciendo los recursos humanos y sosteniendo acciones de monitoreo que permitan valorar los cambios o bien ajustar las acciones en marcha<sup>(7)</sup>.

Los esfuerzos orientados a mejorar la calidad de atención requieren la valoración de todos los componentes concurrentes en forma integral. Una de las estrategias fundamentales en este sentido es la inversión en recursos humanos, tanto cuantitativa como cualitativamente, cuyo impacto es en parte directo e independiente de otras estrategias<sup>(8)</sup>.

Sin embargo, es necesario considerar otros aspectos vinculados con la calidad de atención. Si bien las mejoras en la calidad impactan en forma global sobre toda la población, las mejoras relacionadas con la población infantil son particularmente importantes. En tal sentido, el fortalecimiento permanente de la calidad de atención y su monitoreo constante resultan esenciales. La definición de indicadores específicos constituye una herramienta invaluable, no sólo en términos de la evaluación de logros sino, además, como un motor y un estímulo para el cambio<sup>(9)</sup>.

Las diferencias respecto de la mortalidad entre poblaciones responden claramente a diferencias en cuanto a las condiciones subyacentes. Sin embargo, el logro de las metas planteadas no sólo en términos de la reducción de la mortalidad sino, además, de las diferencias entre poblaciones con diferente grado de desarrollo, implica la implementación de estrategias específicas, de acuerdo con el grado de desarrollo de las poblaciones.

En poblaciones con elevada mortalidad, las estrategias que han demostrado adecuada relación costo-efectividad comprenden principalmente las vinculadas al cuidado en el Primer Nivel de Atención<sup>(10)</sup>. El adecuado cuidado prenatal, la contrarreferencia y el cuidado del recién nacido, las intervenciones preventivas en relación con enfermedades prevalentes en el niño y, particularmente, el acceso universal a servicios de calidad constituyen estrategias de sumo valor para tales poblaciones.

Sin embargo, es posible observar otras inadecuaciones son observables en poblaciones con mayor grado de desarrollo y menor tasa de mortalidad. La prevención de complicaciones, particularmente aquellas vinculadas con procesos infecciosos, resulta fundamental, aun en poblaciones con tales características<sup>(11)</sup>.

Tanto para la planificación y el diseño de estrategias y acciones efectivas, así como para un adecuado monitoreo y evaluación, es indispensable contar con información de calidad que permita identificar prioridades, y valorar los avances así como las limitaciones en los logros que requieran redefinir las acciones. En el escenario internacional, la situación es variable<sup>(12)</sup> en términos de la calidad de la información. Como resultado de un esfuerzo permanente, la información de eventos vitales en Argentina muestra elevados estándares de calidad en cuanto al registro de tales eventos. Sin embargo, es imprescindible fortalecer la calidad del llenado de los registros clínicos en los diferentes niveles de atención, así como la identificación de la



causa de la muerte. Las mejoras en la calidad de la información redundarán en el mejor diseño y evaluación de aquellas intervenciones que se identifiquen como necesarias.

Los aspectos remarcados hasta aquí pueden ser considerados como causas subyacentes de la mortalidad de menores de 5 años. Sin embargo, a fin de lograr cambios en ellos, se hace imprescindible contextualizarlos en un marco conceptual más amplio, desde donde es necesario lograr, en primer lugar, cambios que posteriormente se reflejen en modificaciones en los mencionados factores subyacentes.

El problema de la Mortalidad Infantil y de niños menores de 5 años constituye fundamentalmente una limitación para el pleno ejercicio de los derechos de los niños y niñas<sup>(2)</sup>. La cultura, los conocimientos y las prácticas propios de las sociedades ejercen un papel fundamental en el efectivo ejercicio de tales derechos, comportándose como facilitadores o limitantes de tal ejercicio. Junto a los componentes de la sociedad antes mencionados, y al mismo tiempo como parte de la misma sociedad, las políticas públicas –particularmente las orientadas a la niñez– constituyen otro componente central que puede favorecer y facilitar su logro.

De este modo, la concurrencia de las políticas públicas con los conocimientos y prácticas de la comunidad y los actores sociales, permite potenciar sus efectos favoreciendo logros más significativos.

Una adecuada articulación entre los diferentes componentes considerados –derechos y actores– favorece, a su vez, un efecto sinérgico que permite potenciar los resultados.

Los derechos no son independientes entre sí y la afectación de alguno de ellos repercute al mismo tiempo en el ejercicio de los otros.

Al mismo tiempo, la respuesta de la sociedad, ya sea desde las políticas públicas o bien desde las personas, la sociedad y sus instituciones, permite también potenciar los resultados. La vigencia de los derechos requiere de individuos que participen activamente en su ejercicio, de un marco normativo, de una adecuada planificación, gestión e implementación de acciones y de la evaluación de sus resultados.

Finalmente, la efectiva interacción entre los diferentes actores, involucrando los niveles de gobierno (ejecutivo, legislativo y judicial) correspondientes a las diferentes niveles jurisdiccionales, las organizaciones de la sociedad civil y las entidades privadas, los niños y sus familias, constituyen otra relación de sinergia en el mismo sentido, tanto en términos de la oferta de servicios y de la existencia de una demanda calificada, como de su efectiva satisfacción.

La disponibilidad de información que sustente la toma de decisiones, al igual que la efectiva planificación y gestión por parte de los responsables en los diferentes niveles, requiere de un trabajo articulado intra-sectorial, inter-sectorial así como respecto de la sociedad. Su puesta en marcha y sostenimiento implica, además, un importante nivel de liderazgo que contribuya al logro de resultados que pueden resumirse en el pleno ejercicio de los derechos en forma integral<sup>(13)</sup>.

## Acciones en marcha

En virtud de los resultados observados en el estudio y teniendo en cuenta otras fuentes de información –como los diferentes sistemas de información sanitaria y el trabajo que el Ministerio de Salud desarrolla en conjunto con el sector de salud pública de las jurisdicciones–, se han delineado diferentes estrategias y acciones tendientes a dar respuesta a los problemas e inadecuaciones observados.

Más allá de la tendencia descendente de la Mortalidad Infantil en Argentina, es urgente el abordaje de situaciones capaces de impactar sobre ella en distinto grado, que requieren de un tratamiento específico. Al mismo tiempo, tal abordaje debe ser realizado con la participación de los diferentes niveles involucrados.

Tal como se expuso, las limitaciones en el acceso y en la comunicación entre los equipos de salud y los padres, la insuficiente identificación y focalización de situaciones de riesgo –tanto biológico como social–, las inadecuaciones y demoras diagnósticas y terapéuticas, la frecuente observación de complicaciones, las limitaciones estructurales y particularmente en términos de recursos humanos en salud, constituyen los aspectos observados que inciden en la mortalidad de menores de 5 años.

Tales situaciones deben ser abordadas en forma específica desde cada uno de los diferentes niveles del sistema de salud, de acuerdo con su especificidad: desde el nivel de responsabilidad nacional y jurisdiccional, por parte de los responsables de los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención, equipos de salud, administrativos y responsables de los registros, etc.

Por lo tanto, las estrategias y acciones que se han planificado y que se encuentran en marcha a fin de dar respuesta a tales situaciones, se enmarcan en los aspectos antes mencionados.

**El Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009-2011**, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, plantea un abordaje teniendo en cuenta tales aspectos. Se estructura en cuatro ejes estratégicos, contemplando la participación comunitaria en el proceso de salud, con énfasis en el desarrollo y fortalecimiento local, y contemplando la integralidad en la definición de políticas públicas.

La estrategia sanitaria considera la necesidad de coordinar acciones en **respuesta a la fragmentación** observada, el **fortalecimiento de los recursos humanos**, la focalización de los **problemas regionales** prevalentes y el trabajo orientado a lograr **mayor equidad**.

En relación con la participación comunitaria, si bien se reconoce la importancia de los efectores y los servicios de salud, es necesario **revalorizar el papel de la comunidad** en tales situaciones y particularmente en términos de la promoción de condiciones y cuidados de la salud.

Se valora en el Plan el **desarrollo y el fortalecimiento locales**, de modo que las acciones enmarcadas en la política pública nacional sean encaradas, fundamentalmente, desde el nivel local, teniendo en cuenta un enfoque integral e interdisciplinario.

El Plan se caracteriza por una **perspectiva federal**, a partir de la articulación entre el nivel nacional y el jurisdiccional, con la participación de los referentes de programas y niveles relevantes. Tales estrategias involucran, desde el Primer Nivel de Atención, el fortalecimiento de la **prevención y promoción de la salud**, incluyendo la **participación de la comunidad**, la **búsqueda activa** –particularmente orientada a mujeres gestantes–, así como la optimización de los **recursos humanos** en ese nivel de atención.

En relación con el Segundo y Tercer Nivel de Atención, el plan contempla la **promoción de "maternidades seguras"**, a través de diferentes estrategias como la promoción del Alta Conjunta de Madres y Recién Nacidos, la inclusión del Consultorio de Alto riesgo, la creación de Centros de Lactancia Materna y de Consejerías en Salud Sexual y Procreación Responsable.

Junto a la estrategia vinculada al fomento de maternidades seguras se incluye el fortalecimiento para el **cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales**, así como el fortalecimiento de la referencia y la contra referencia entre diferentes niveles de complejidad.

Finalmente, las estrategias consideradas incluyen el sostenimiento de la evaluación y la capacitación en servicio que, en forma análoga al Primer Nivel, deberá incluir todos los otros niveles de atención. Por otra parte, la **Comunicación** constituye necesariamente una estrategia esencial. No sólo permite la llegada de mensajes a la población y el vínculo de los equipos de salud con aquélla y entre sí, sino que también favorece los cambios en los procesos de atención y en las prácticas saludables.

Considerando en forma específica las estrategias y acciones propuestas en orden a dar respuesta a los problemas identificados –muchas de las cuales ya se encuentran en marcha–, cabe mencionar, en primer lugar, el **logro de acuerdos políticos** que dan sustento a las estrategias y acciones impulsadas. Es así que se encuentra en proceso el establecimiento de acuerdos entre los gobiernos provinciales y nacional, orientados a fortalecer la Planificación Estratégica, involucrando a los principales decisores y actores del sistema público de atención materno infantil de cada provincia, con el fin de identificar problemas y dificultades en todos los niveles del proceso de atención, y lograr acordar entre todos los actores la forma de superar los nudos críticos. De este modo, mediante el acuerdo y el trabajo articulado se alcanza un diagnóstico y la definición del plan de acción en forma participativa, en el marco de la realidad de cada jurisdicción.

A partir de la definición de metas provinciales se procede a la suscripción de un **Acta Acuerdo Nación-Provincia** para el cumplimiento de metas que da lugar, una vez suscripta, a la asistencia técnica del nivel nacional para la elaboración de un Plan de Trabajo provincial, así como a la comunicación pública del acuerdo y sus avances.

El objetivo general se orienta a mejorar la organización y la calidad de la atención, tanto en el Primer Nivel de Atención como en los servicios hospitalarios.

Entre los aspectos centrales considerados en los acuerdos provinciales se incluye la **creación o fortalecimiento de Unidades Ejecutoras Provinciales**, con la participación de actores clave vinculados con el tema de la salud materno infantil y de los diferentes niveles de atención, para diseñar, junto a la contraparte nacional, los lineamientos de un Plan Estratégico Provincial.

Junto con el compromiso político logrado a partir de la suscripción de los acuerdos antes mencionados, el segundo aspecto fundamental es el **fortalecimiento y mejoramiento de las prácticas en los diferentes niveles de atención**, para lo cual se han definido dos estrategias fundamentales.

En primer lugar, la **Capacitación en Servicio**, por medio de la cual se acompaña a los miembros de los equipos de salud, como sujetos activos en la búsqueda de la calidad de sus prácticas. Esta modalidad requiere de la presencia de equipos de capacitadores con competencia técnica en los servicios de salud, a fin de identificar y abordar en conjunto con los equipos locales de salud, las necesidades y problemas de la práctica, y transferir experiencia y conocimientos, facilitando la construcción de soluciones compartidas.

En segundo lugar se contempla la incorporación de **Pasantías**, que permiten el intercambio de experiencias relevantes entre servicios y entre equipos dentro de una misma jurisdicción o entre distintas jurisdicciones, cuyas actividades que incluyen observación, participación y transferencia, a fin de instalar nuevas prácticas.

Con las particularidades de cada jurisdicción, son abordados aspectos específicos como la **incorporación de recursos humanos** –en especial enfermeras y obstétricas–, la implementación de acciones de capacitación en servicio, la regionalización de los servicios de salud, o

bien aspectos específicos acerca de la calidad de la atención (traslados de pacientes, provisión de sangre segura, control de infecciones, etc.

Los aspectos vinculados con la calidad de la atención se han planteado en algunos casos como críticos en relación con la Mortalidad de menores de 5 años. En tal sentido, se pondrá en marcha un Plan Nacional de Organización y Gestión Hospitalaria, con evaluación sistemática de la calidad.

▪ Las acciones de asistencia técnica para la creación o fortalecimiento de Comités de Control de Infecciones, ▪ el fortalecimiento de medidas de control de bio-seguridad que incluyan a todo el personal, ▪ la definición de normas de procedimiento y ▪ el uso de protocolos para las prácticas hospitalarias, constituyen acciones relevantes en términos de mejorar la calidad de atención prestada por los servicios.

Tales acciones se enmarcan en el Programa Nacional de Normas de Garantía de Calidad, incorporando el monitoreo en el cumplimiento de las condiciones esenciales, e incluyendo criterios de acreditación para servicios de salud.

En relación con lo anterior, se propone definir criterios que permitan seleccionar los **perfiles adecuados para la Dirección de Hospitales y Centros de Salud**, vinculados con la capacidad de gestión y administración.

Se ha observado la relevancia del **fortalecimiento de los recursos humanos de salud**, tanto en términos de su suficiencia como de su formación y actualización permanente. En tal sentido, se propone trabajar con el objetivo de recuperar la mística de la tarea, mejorando sus condiciones de trabajo, evitar las guardias de 24 horas y fortalecer el trabajo desde una perspectiva centrada en el paciente. En particular, se reconoce la necesidad de mejorar la gestión de los recursos humanos de Enfermería, no sólo por medio de la capacitación permanente, sino también en términos de la proporción entre enfermeros y pacientes

Igualmente, se destaca la importancia de las inadecuaciones en la calidad del diagnóstico, así como en los registros. En tal sentido, se propone la implementación de **acciones de capacitación continua respecto del diagnóstico de la causa básica de la defunción**, para todo el personal de salud, conjuntamente con el personal de estadística.

En la misma línea, se valoró como imprescindible la identificación del **Comité de Análisis de Muertes como promotor de los cambios**. Es por ello que se propone fortalecer y mejorar su funcionamiento; en tal sentido, tal como se mencionó, la inclusión de los miembros de aquellos comités ya conformados en el desarrollo del presente estudio constituyó un paso significativo.

En términos del mejoramiento de la calidad del diagnóstico de la causa de muerte, se promueve **la realización de “autopsias verbales”**, tal como fueron originalmente propuestas y como fueron realizadas para el presente estudio. Ello no sólo favorece el mejoramiento de la calidad del diagnóstico sino también el acercamiento a las familias en las cuales se registró la defunción de un niño pequeño –mayoritariamente en condiciones de riesgo– de modo de trabajar preventivamente respecto de otros niños del mismo hogar.

Un aspecto particularmente relevante a destacar entre los resultados obtenidos, es la insuficiente identificación de las **condiciones de riesgo, tanto biológico como social**. La oportuna identificación de tales condiciones, junto con una adecuada comunicación e información brindada a los padres, constituyen elementos clave que permitirían la participación activa de éstos en el cuidado de los niños. Es por ello que se propone incluir, en la capacitación del equipo de salud, técnicas de comunicación y abordaje comunitario, así como conceptos y criterios que favorezcan la identificación de condiciones de riesgo y el diseño de acciones específicas ante tales condiciones de riesgo.

En relación con la calidad de los registros, se propone trabajar en la **formalización de un sistema de registro único, nacional (Historia Clínica y Libreta Sanitaria)**, que permita identificar particularmente las condiciones de riesgo social o biológico y los factores protectores. También se propone la conformación de Comités de Auditoría de Historias Clínicas en todos los niveles de atención y capacitación permanente, con el fin de mejorar la calidad de los registros y mejorar el archivo de Historias Clínicas en los diferentes niveles de atención.

Finalmente, cabe mencionar diferentes acciones específicas que se encuentran en marcha, orientadas a fortalecer y mejorar las acciones desarrolladas desde los diferentes niveles de atención, en relación con los aspectos identificados en el presente estudio.

Una línea de trabajo central involucra la aplicación de **Guías de Evaluación de Maternidades** específicas, en relación con el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales esenciales. En relación con lo anterior, se ha impulsado la capacitación para el **llenado y utilización del Sistema Informático Perinatal**, y la implementación del módulo de gestión (“**SIP Gestión**”) en una red de 100 maternidades.

Otra línea de trabajo relevante es el fortalecimiento de la referencia-contrarreferencia mediante la **Estrategia de Alta Conjunta de Madres y Recién Nacidos**, favoreciendo la identificación de condiciones de riesgo y la contrarreferencia de la madre y el niño al Primer Nivel de Atención.

Se ha iniciado al mismo tiempo un proyecto de **Fortalecimiento de Grandes Maternidades** que incluye la capacitación acerca de condiciones de emergencia (hipertensión, hemorragia, aborto, sepsis, VIH, etc.), la capacitación en Gestión de Servicios de Obstetricia, la implementación del Consultorio de Alto Riesgo en Servicios de Obstetricia, así como el establecimiento de redes de derivación de las pacientes antes del parto a servicios específicos según niveles de complejidad.

Una línea de trabajo priorizada es la **Regionalización en el Cuidado Neonatal**, mediante la cual se propone organizar el cuidado neonatal según los distintos niveles de cuidado perinatal, concentrando los niños de mayor riesgo con patologías graves en grandes centros perinatales, y organizando el cuidado neonatal según niveles de complejidad.

Junto con lo anterior, la implementación del **Programa Nacional de Reanimación Neonatal**, el fortalecimiento de la **Estrategia de Alimentación del Lactante** y el fomento del establecimiento de **Bancos de Leche Materna**, la promoción del control de la salud del niño según normas y la atención de aquellas condiciones altamente prevalentes como las Infecciones Respiratorias Agudas, constituyen líneas prioritarias orientadas a la reducción de la Mortalidad de menores de 5 años.

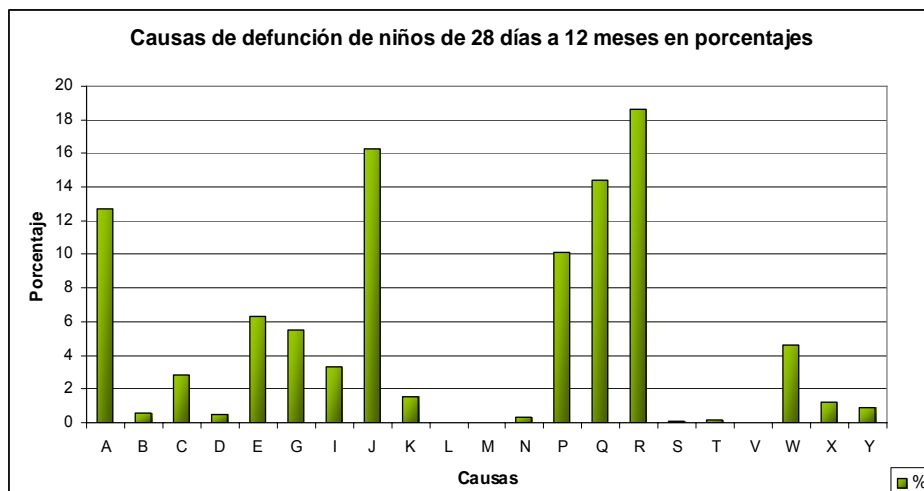
En resumen, las líneas de trabajo propuestas –muchas de las cuales ya se encuentran en marcha– se proponen: ■ mejorar el acceso de la población a los servicios de salud; ■ identificar condiciones de riesgo y ■ orientar de la atención de acuerdo con tales condiciones; ■ mejorar la calidad de la atención en todos los niveles y de acuerdo a su nivel de complejidad; ■ favorecer el establecimiento de redes y ■ mejorar la referencia y contrarreferencia; ■ generar una adecuada comunicación y apoyo a las familias; y ■ mejorar la calidad de los registros de manera que permitan un adecuado monitoreo de las acciones.

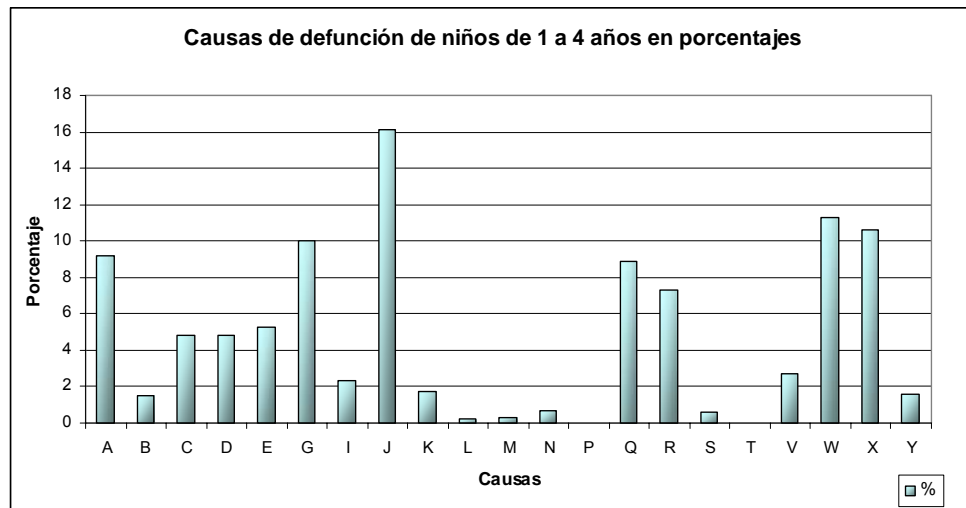
La tarea no es sencilla. Sin embargo, con compromiso y decisión política, y con la participación de todos los actores involucrados, seguramente los resultados serán evidentes, permitiendo plasmar en la realidad las metas establecidas, y haciendo posible mejorar tanto la calidad de la atención brindada como, fundamentalmente, la calidad de vida de los niños y sus familias. ◆

## Anexo

	Período Neonatal	Período Post-neonatal	Niños de 1 a 4 años
IED previstas	492	698	606
IED realizadas	406	575	460
Porcentaje Cubierto	82,5%	82,4%	75,9%

	Muertes intra-institucionales	Muertes extra-institucionales
IED previstas	1272	523
IED realizadas	970	471
Porcentaje Cubierto	76,3%	90,1%





### Referencias:

Según la categorización de enfermedades del CIE 10, las referencias significan:

A-Enfermedades Infecciosas (Bacterianas y algunas virales)

B-Enfermedades Infecciosas (algunas virales, Parasitarias y Micóticas)

C-Tumores Malignos

D-Tumores Benignos – Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.

E-Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas.

F-Trastornos mentales y del comportamiento.

G-Enfermedades del sistema nervioso.

H-Enfermedades del ojo y sus anexos – Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.

I-Enfermedades del sistema circulatorio.

J-Enfermedades del sistema respiratorio.

K-Enfermedades del sistema digestivo.

L-Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo.

M-Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

N-Enfermedades del sistema genitourinario.

O-Embarazo, Parto y Puerperio.

P-Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Q-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

R-Síntomas, signos, y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

S-Traumatismos localizados.

T-Traumatismos (múltiples o no clasificados entre los anteriores), envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

V- Accidentes de transporte.

W- Otras causas externas de traumatismos accidentales.

X- Lesiones por calor, contacto con animales y plantas venenosas, envenenamiento accidental o exposición excesiva a fuerzas de la naturaleza.

Y- Eventos de intención no determinada.

## Referencias

1. You D, Wardlaw T, Salama P, Jones G. *Levels and trends in under-5 mortality, 1990-2008*. Lancet2009 Sep 10.
2. *Convención sobre los Derechos del Niño*. 1989; Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.
3. Disponible en: <http://www.childinfo.org/mortality.html>.
4. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. *Información Básica - 2004*.; Available from: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro48.pdf>.
5. UNICEF. PORQUE MUEREN LOS NIÑOS ?.1998.
6. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2009*: Proyecto PNUD/ARG/04/046; Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Presidencia de la Nación; Argentina, 2009.
7. Shankar A, Bartlett L, Fauveau V, Islam M, Terreri N. **Delivery of MDG 5 by active management with data**. Lancet 2008 Apr 12;371(9620):1223-4.
8. Anand S, Barnighausen T. **Human resources and health outcomes: cross-country econometric study**. Lancet 2004 Oct 30-Nov 5;364(9445):1603-9.
9. McDonald KM, Davies SM, Haberland CA, Geppert JJ, Ku A, Romano PS. *Preliminary assessment of pediatric health care quality and patient safety in the United States using readily available administrative data*. Pediatrics2008 Aug;122(2):e416-25.
10. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, et al. *Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries*. BMJ2005 Nov 12;331(7525):1107.
11. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Jr., Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. *Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals*, 2002. Public Health Rep2007 Mar-Apr;122(2):160-6.
12. Setel PW, Macfarlane SB, Szreter S, Mikkelsen L, Jha P, Stout S, et al. *A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone*. Lancet 2007 Oct 26.
13. Cavagnero E, Daelmans B, Gupta N, Scherpbier R, Shankar A. *Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health*. Lancet2008 Apr 12;371(9620):1284-93.