

# LA REDUCCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI) EN URUGUAY 2010.

## I.- Metodología

Clásicamente el análisis de la mortalidad infantil refiere al estudio de las series históricas de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), de modo de valorar el impacto que las políticas de salud tienen sobre la misma.

El valor de la TMI obtenido año a año es considerado una medida sensible de cómo impactan esas políticas en grupos vulnerables (niños y gestantes en particular). **Es a su vez, una medida de las condiciones sanitarias existentes en un determinado territorio, generalmente a nivel país.** La determinación de tasas calculadas a nivel departamental no suele arrojar datos fácilmente analizables, dado el escaso número de eventos y los sesgos estadísticos que estos pueden presentar, por lo cual no se utiliza como instrumento metodológico

La **Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)** corresponde al número de fallecidos menores de un año de vida por cada mil nacidos vivos (‰) en el mismo período y se divide en dos grupos: la tasa de mortalidad neonatal y la posneonatal

La **tasa de mortalidad neonatal** incluye los que mueren antes de cumplir los 28 días de edad, mientras que la **tasa de mortalidad posneonatal** incluye los que mueren antes de cumplir un año de edad y que han vivido 28 días o más.

En el primer mes de vida, se asocia fundamentalmente con las enfermedades perinatales “afecciones que tiene su origen en el periodo perinatal aun cuando la enfermedad y la muerte ocurran más tarde” CIE 10.

Las enfermedades perinatales son patologías estrechamente vinculada al control del embarazo al parto y a los eventos relacionados con el nacimiento.

Después del primer mes de vida, prevalecen las patologías infecciosas, las malformaciones y procesos respiratorios entre otros, en un contexto en que importan mucho las condiciones socio – económica de vida de las familias.

## II.- TMI en Uruguay:

Uruguay ha presentado una tendencia descendente en su tasa de mortalidad infantil.

En el año 2004 alcanzó valores de 13,2 ‰ mientras que en el año 2009 la tasa descendió a 9.6‰, cumpliéndose la meta propuesta por el país para ese año, (alcanzar la disminución de la TMI a un dígito).

**Recordemos que el país, estableció dentro de los ODM lograr una TMI de 6.9 ‰ para el año 2015**

**En el año 2010 se mantuvo y potenció la tendencia a la reducción de la tasa, alcanzando el valor de 7.71 ‰ lo que correspondió a 364 niños fallecidos menores de 1 año de vida, es decir 96 menos que en 2009 y ya cinco años antes muy cerca de la meta de los ODM.**

De los fallecidos 174 (48%) eran mayores de 28 días (mortalidad pos-neonatal) y 190 (52%) tenían 28 días o menos (mortalidad neonatal), de estos 130 (68%) tenían 7 días o menos de vida al momento de su muerte (neonatal precoz)

### Evolución de la TMI en Uruguay

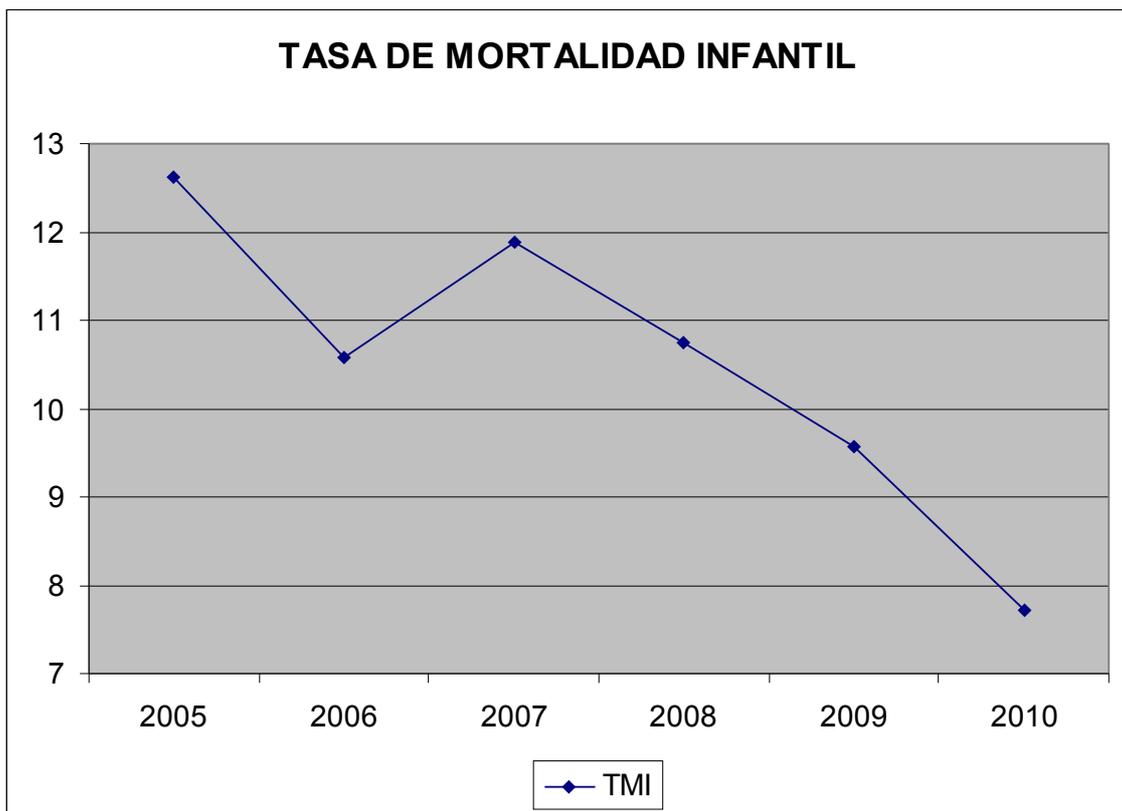
**Cuadro I:** Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en Uruguay – 2005-2010

Años	Fallecidos			Nacidos Vivos	TMI	
	NEONATAL		POSNEONATAL			TOTALES
	Precoz	Tardía				

2005	225	102	271	598	47.334	<b>12.63</b>
2006	200	105	197	502	47.422	<b>10.58</b>
2007	202	114	257	573	48.243	<b>11.88</b>
2008	193	85	225	503	46.814	<b>10.74</b>
2009	163	72	215	450	47.152	<b>9.56</b>
2010	130	60	174	364	47.200	<b>7.71</b>

REF. Elaboración propia

**Gráfico I.** Evolución de la tasa de mortalidad infantil en Uruguay



REF. Elaboración propia

La evolución TMI en el período 2005-2010 presenta una tendencia decreciente, como se observa en el cuadro y gráfico precedente.

### III) Principales causas de la mortalidad infantil- 2010

De los 364 fallecidos menores de un año, el 71.6% corresponden a tres grandes grupos de causas de mortalidad, según se muestra en el cuadro siguiente

**Cuadro III. TMI 2010- Principales causas**

Causa	FA	FR
Perinatal	98	27 %
Signos y síntomas mal definidos	89	24%
Malformaciones congénitas	76	21%

**Fuente.** Base de datos Unidad Información en Salud MSP

Corresponde señalar que del total de fallecidos, 20 se debieron a causas externas (accidentes y/o homicidios)

### **Mortalidad Neonatal**

De los 364 fallecidos 190 (52%) eran niños menores de 28 días de vida

**Cuadro IV. Principales causas**

Causa	FA	FR
Perinatal	84	44 %
Malformaciones congénitas	40	21%
Causas desconocidas	22	12%

**Fuente.** Base de datos Unidad Información en Salud MSP

### **Mortalidad Posneonatal**

De los 364 fallecidos, 174 (48 %) eran niños entre 28 días y un año de edad.

**Cuadro V. Principales causas**

Causa	FA	FR
Síntomas y signos mal definidos	67	39%
Malformaciones congénitas	36	21%
Infecciones	16	9%
Trastornos respiratorios	13	7%

Fuente. Base de datos Unidad Información en Salud MSP

#### **IV. Causas del descenso de la TMI en Uruguay desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud**

**Es sabido que las desigualdades sociales y económicas afectan la salud de los niños y más particularmente en el primer año de vida.**

Por ende la **TMI** es un indicador, que resume información acerca de la calidad de la infraestructura sanitaria, el efecto del proceso reproductivo y las condiciones ambientales, sociales, laborales y económicas de un país; por ello se vincula directamente con los niveles de pobreza y de la atención sanitaria. Lograr su reducción constituye uno de los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas (ODM). **Como se ha dicho más arriba Uruguay fijó para 2015 una TMI de 6,9‰.**

En el contexto de **América Latina** la TMI más baja es la de Cuba, con un valor de 4,5‰ para el 2010 y Chile con 7,2‰ para el 2009.

El análisis de la mortalidad infantil desde la perspectiva de los determinantes sociales refleja el vínculo de las condiciones sociales, económicas y ambientales de un país con la TMI, por lo cual **las acciones para su reducción no son exclusivas del sector salud y se benefician de acciones intersectoriales de abordaje.**

En el 2002 como legado de la peor crisis económica de la historia, el país se enfrentó a una situación de fuerte empobrecimiento, en particular la población infantil, altos niveles de desempleo y concentración de la riqueza.

**A partir de 2005, en un contexto de crecimiento económico sostenido se inicia un proceso dirigido en un primer momento a la atención de la emergencia social (PANES) y posteriormente orientado a la reconfiguración hacia un sistema de protección social acorde al nuevo escenario de riesgos y necesidades en nuestro país (Plan de Equidad), cuyo objetivo es la redistribución del ingreso y la mejora de los niveles de igualdad.**

Con el Plan de Emergencia y posteriormente el Plan de Equidad se accedió entonces a grupos sociales vulnerables incidiendo en temas como **alimentación, educación y vivienda, determinantes sociales de la salud.**

Esto se tradujo en un aumento del Gasto Público Social, el cual muestra en términos reales una recuperación a partir del año 2005, prácticamente duplicándose desde ese año.

Un objetivo político del gobierno nacional que hemos desarrollado con convicción y compromiso político es el de **proteger a la primera infancia y en ese contexto** proteger a la mujer, a la familia y por ende se beneficia toda la sociedad en su conjunto.

Para un Uruguay de primera que apuesta al 2030, el desarrollo de políticas integrales y continuas en el tramo de vida que va de menos 9 a 3 años son la clave del desarrollo.

En relación a política general Uruguay ha priorizado la infancia y en especial la primera infancia desde la gestación y eso se ha expresado en la estrategia nacional de la infancia y adolescencia (ENIA) y las políticas sociales que de allí derivan.

Por ello la respuesta a estos problemas y a la alta TMI que había en 2004 fue concebir un modelo de desarrollo como el que hemos impulsado que interrelaciona dialécticamente el crecimiento y la redistribución y que ha tenido como resultado

- **Menor pobreza y menor indigencia**
- **Reducción del índice de desigualdad**
- **Más empleo**
- **Más formalización del empleo**
- **Más saneamiento y servicios en los hogares**
- **Mejor acceso a la vivienda**
- **Mejores sistemas de protección social**
- **Mejores Asignaciones Familiares.**
- **Políticas focalizadas a sectores vulnerables en el área de la alimentación y los cuidados (CAIF),**
- **Extensión de los Agentes Socio-Educativos por parte de ASSE y el MIDES.**
- **Ampliación de los Programas Alimentarios del INDA dirigidos a mujeres embarazadas**

La incidencia de la pobreza como de la indigencia disminuyen significativamente, desde sus valores máximos en 2004 de 31,9% y 3,9% para el país urbano, alcanzando en 2009 valores de 20,9 y 1,6 para el total país, respectivamente.

Con respecto a la distribución del ingreso y la medición de inequidades (índice de GINI), en el marco de la evolución general del ingreso promedio, se observan algunos cambios en su distribución. Hasta el año 2007 el índice de GINI se mantuvo constante, con leves aumentos y mejoró sensiblemente en el 2008 y volvió a reducirse en 2009 y en los datos de los primeros 9 meses de 2010 volvió a reducirse.

**En síntesis podemos inferir que este comportamiento positivo, es resultante del juego combinado de numerosas causas desde las acciones propias del sector salud, como aquellas vinculadas a las mejoras de las condiciones de vida de la población y las políticas de reforma de la matriz social.**

## **V. Causas del descenso de la TMI en Uruguay desde la perspectiva del SNIS.**

Con la creación del SNIS las acciones llevadas a cabo por el MSP y las acciones llevadas de otros organismos del estado incidieron en la reducción de la mortalidad infantil.

El MSP en el marco de la reforma sanitaria definió entre sus prioridades la atención del embarazo y el control del recién nacido y del niño/a en su primer año de vida. Para lo cual se establecieron una serie de acciones que incidieron para el logro de las cifras actuales de mortalidad infantil **7.71 ‰**

Se destacan algunas de las acciones promovidas en el ámbito del MSP para el sector salud en el marco de la reforma sanitaria

- **Ampliación de la cobertura con la incorporación al SNIS de todos los hijos** de trabajadoras y trabajadores, dando cobertura universal e integral a la población infantil.
- **Implementación de metas asistenciales, para la captación precoz de la embarazada, control del embarazo, parto, puerperio y la atención del niño.** Ello ha llevado a la jerarquización en todos los prestadores de estas políticas porque para todos los niños y todas las mujeres embarazadas que se atienden por el SNIS estas metas son obligatorias y todos los prestadores son responsables de cumplir con las metas.
- **Universalización del Programa Aduana a los prestadores integrales del SNIS (públicos y privados)**, con la captación y control de los niños hasta los 2 años de vida de acuerdo a las pautas del MSP. (desde 2011 esto se extiende hasta los 3 años)
- **Implementación del Comité de Auditorías de muertes maternas y del niño/a** hasta los 15 años de vida.
- **Incorporación de nuevas vacunas al Certificado Esquema de Vacunación (CEV)** de carácter universal, gratuito y obligatorio, siendo

de los más completos del mundo. Se incorporaron: **vacuna hepatitis A, vacuna antineumococcica heptavalente y la vacuna trecevalente..**

- **Normatización con carácter obligatorio del Registro Nacional de Malformaciones Congénitas.**
- **Implementación del Protocolo de Atención y Seguimiento del Recién Nacido de muy bajo peso al nacer**
- **Diseño, impresión y distribución en todo el país del Carné del Niño y la Niña, posibilitando un mayor control por parte de los padres y de los profesionales.**
- **Definición del Médico de Referencia para todos los niños y niñas.**

## **VI) Conclusiones**

Los cambios desarrollados por la reforma de la salud han dirigido sus esfuerzos al fortalecimiento del primer nivel de atención en prestadores públicos y privados. Impulsado la complementación asistencial de todos los prestadores para aunar esfuerzos en estas poblaciones. **Y en particular ha influido notoriamente el apoyo a ASSE** (recordemos que casi dos terceras partes de los nacimientos son en hospitales de ASSE y por ende lo que se hizo allí fue trascendente para la mejora de la TMI) mejorando su situación presupuestal (más que duplicada en este período desde 2005), dotándola de recursos materiales, mejorando en infraestructura y jerarquizando el recurso humano tanto en la sustantiva mejora salarial como en la capacitación de los profesionales en reanimación, traslado y asistencia perinatal y pediátrica.

**Y si volvemos a la gráfica presentada más arriba está claro que la reducción de la TMI adquiere su proceso más fuerte desde 2008 en los últimos tres años cuando adquirieron relevancia la propia reforma de la salud, la reforma tributaria, los cambios en asignaciones familiares y en los regímenes de protección social. Es decir es el resultado de las reformas estructurales de nuestro modelo de desarrollo.**

**Y tengamos claro que la mortalidad se puede descender mas y en eso estamos mejorando la organización y calidad de la asistencia perinatal, avanzando en la regionalización de la atención y en la acreditación de las maternidades y del proceso de nacimiento, todo lo cual está pronto a desarrollarse en este año 2011.**

Anunciamos además que pronto Uruguay utilizará otros indicadores complementarios a la TMI para valorar el bienestar social del país, como lo es el desarrollo infantil. Para ello ya se lanzo un instrumento de screening que permitirá evaluarlo.

Porque esto continua y combinando una política de control y seguimiento sanitario, potenciando la atención obstétrica, profundizando la visita domiciliaria obligatoria y continuando a nivel global de la política económica y social con el mejoramiento de las condiciones de vida, seguramente la TMI seguirá bajando.

**Ese es nuestro compromiso y ello está ligado a las políticas sociales ligadas a una economía en crecimiento, generadora de empleo y de redistribución del ingreso y la riqueza.**

**Finalmente un agradecimiento a los trabajadores de la salud que todos los días en el lugar contribuyen con su esfuerzo a que se den estos resultados. Los médicos generales, de familia, ginecólogos y pediatras, las enfermeras, las parteras, las nutricionistas, los auxiliares de servicio, y los administrativos que recogen y procesan los datos, todos ellos juntos conforman ese equipo de salud que en el trabajo diario hace posible que estos resultados se obtengan.**

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- Ley 18211- Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud
- MIDES – Reporte Social 2009. Principales características del Uruguay social Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Disponible en [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy)

- MSP- DPES. Área Ciclo de Vida – Programa Salud de la Niñez. Web MSP
- Ordenanza 447/2009 – Formulario de Notificación de Defecto Congénito
- Manual de Codificación Internacional de Enfermedades (CIE) version 10 . Tomos 1 y 3.