

Aportes para el análisis y la reducción de las muertes de menores de 5 años en la Argentina.

Resultados y conclusiones del EMMA.



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



AUTORIDADES NACION

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 Pedro González Prieto

**DIRECTORA NACIONAL DE MATERNIDAD
E INFANCIA**

Dra. Ana María Speranza

AUTORIDADES UNICEF

REPRESENTANTE

Andrés Franco

REPRESENTANTE ADJUNTO

Ennio Cufino

ESPECIALISTA EN SALUD

Zulma Ortiz

CONTENIDO

Pág.

Los niños primero: un análisis preliminar de la situación y los resultados	5
Puntos de partida para trabajar: la información necesaria	9
El Estudio de las Muertes de Menores de 5 años en la Argentina (EMMA)	11
Cómo se organizó e implementó EMMA	12
Los resultados y las conclusiones sobre la calidad del diagnóstico	15
Las condiciones de los hogares	16
La influencia del peso y la edad gestacional	16
Calidad del diagnóstico de las causas de muerte	17
Los resultados y las conclusiones sobre los procesos de atención	19
Características de los procesos y el acceso a la atención médica	20
Oportunidad y calidad del diagnóstico	21
Oportunidad y calidad en el tratamiento	23
Complicaciones durante la hospitalización	24
Calidad de los registros médicos	25
Caracterización de los establecimientos	25
Cómo lo viven las familias	29
Acceso al cuidado y la atención de la salud	31
Percepción de las familias en relación con la defunción	32
Satisfacción con la atención desde la perspectiva de la familia	34
Conclusiones	35
Acciones en marcha	39
Participantes y Equipo de investigación	45

Los niños primero: un análisis preliminar de la situación y los resultados¹

“La mortalidad infantil es un emergente...un pedacito, es la puntita del iceberg y debajo de todo eso está todo lo otro que no es menor y que de alguna manera ningún estudio refleja o refleja tangencialmente...esto de mirada desde otro lado, cuando la madre...que a mí me ha tocado entrevistar...que cuando su hijo murió esperando ella a que la atendieran, esperando...se murió su hijo en sus brazos y dice –‘me atendieron muy bien, me dieron una silla...’, es mucho más amplio...porque acá el análisis es estrictamente médico pero no es lo único que debemos de mirar, habría que mirar del otro lado (...) Ella se posiciona en un lugar donde no tiene el derecho incorporado de que es una persona que tiene derecho a ser atendida dignamente, y tampoco tiene a nadie que la avive en ese sentido...y yo en lugar de demandar, espero y me siento bien atendida porque la enfermera me da una silla y yo me quedo sentada ...Esas son las cosas que no vemos...es un recorte...muy incompleto...tiene que ver con cómo las personas se posicionan en la sociedad y qué lugar les damos los médicos...nuestro posicionamiento como sistema de salud. Nosotros esperamos que vengan y demanden y la madre que viene una vez cada tanto...el médico la maltrata, ‘¿por qué no le traés?’... Porque si no parece que todo es una cuestión relacionada con establecer una buena práctica, con una buena formación y con eso nosotros vamos a resolver el problema...”
(Médico, Centro-Patagonia)

En el mundo se ha estimado que, durante 2008, ocurrieron 8,8 millones de defunciones de niños menores de 5 años². Esta tasa es uno de los indicadores más relevantes y sensibles para la valoración de las condiciones socioeconómicas, de salud y calidad de vida de las poblaciones. La defunción de un niño impacta negativamente desde todo punto de vista sobre su familia y sobre la comunidad y constituye una seria limitación al ejercicio de sus derechos³, 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 2009, alcanza un 30%.

Sin embargo, las diferencias regionales son importantes. El 99% de las defunciones en países en desarrollo, que concentran la mayor cantidad de población: la tasa de mortalidad de menores de 5 años fue, en 2008, de 6 por mil nacidos vivos en los países desarrollados, en tanto que en los países menos desarrollados el riesgo de morir en esta edad es 10 veces mayor. América Latina y el Caribe constituye la región que mostró el mayor descenso, tanto en términos absolutos (67%) como en cuanto a la tasa (56%), entre 1990 y 2008⁴. En el año 2005, en América Latina y el Caribe se ha estimado una Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) de 26 por mil, en tanto que en Argentina, en el mismo año, la tasa se estimó en 15,5 por mil.

1. El informe completo EMMA está disponible en: <http://www.unicef.org.ar>

Además, el estudio culminó con la realización de unas Jornadas de Cierre, en las que los profesionales involucrados reflexionaron y compartieron sus experiencias. Del informe sobre estas jornadas (que se incluye como anexo en el informe completo EMMA) se extrajeron los testimonios y reflexiones que acompañan esta presentación de resultados.

2. You D, Wardlaw T, Salama P, Jones G. *Levels and trends in under-5 mortality, 1990-2008*. Lancet, 2009.

3. *Convención sobre los Derechos del Niño*. 1989 (CDN). Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

4. Disponible en: <http://www.childinfo.org/mortality.html>

Los niños primero: un análisis preliminar de la situación y los resultados

Particularmente en Argentina, se destacan las siguientes observaciones⁵:

- La tendencia observada en la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Argentina muestra una curva descendente en las últimas décadas, particularmente significativa entre 2005 y 2009.
- 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.
- Existen, sin embargo, diferencias 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.

Es preocupante la elevada proporción de defunciones (cercana 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.

La Argentina ha planteado como meta, en relación con el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM)⁶, una reducción en dos tercios de la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de 5 años, a alcanzarse entre 1990 y 2015. **Hasta el año 2007 se logró un descenso de 48,2% en la TMI –con respecto a los valores correspondientes al año 1990–, en tanto que la TMM5 se redujo en un 43,4%.**

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.** 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.

Las estrategias centrales para alcanzar las metas definidas para el año 2015 deberán incluir la implementación de acciones orientadas a disminuir la proporción de las defunciones por causas evitables, favoreciendo principalmente la cobertura de la población; y 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 marcha⁷.

5. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. *Información Básica - 2004*. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro48.pdf>.

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.

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 de la calidad de atención y su monitoreo constante resultan esenciales. La definición de indicadores específicos constituye una herramienta invaluable, no sólo para la evaluación de logros sino, además, como un motor y un estímulo para el cambio⁸.

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. Como resultado de un esfuerzo permanente, la información de eventos vitales en Argentina muestra elevados estándares de calidad en cuanto al registro. 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 necesarias.**

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 niñas⁹. Los derechos no son independientes entre sí y la afectación de alguno de ellos repercute en el ejercicio de los otros. 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.

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 una relación sinérgica, tanto en 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 e inter-sectorial. 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 integral¹⁰.

8. 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*. Pediatrics, 2008.

9. CDN, *op. cit.*

10. 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*. Lancet, 2008.

Puntos de partida para trabajar: la información necesaria

Puntos de partida para trabajar: la información necesaria

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.

La información que provee anualmente el Subsistema de Estadísticas Vitales (dependiente del Sistema de Estadísticas de Salud de la Argentina) 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 morbimortalidad, 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. Esta información es provista por el Sistema de Estadísticas de Salud de la Argentina
- **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 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–, para promover e implementar acciones específicas orientadas a modificar tales condiciones.

Las acciones que permitan continuar y profundizar la disminución de la TMI en Argentina 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, en función de la planificación de acciones tendientes a la resolución de las dificultades existentes.

Puntos de partida para trabajar: la información necesaria

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?*¹¹, 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.

El Estudio de las Muertes de Menores de 5 años en la Argentina (EMMA)

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. Por eso, durante el año 2007 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 etario, fundamentalmente desde el punto de vista de las causas subyacentes antes mencionadas.

EMMA se basó en dos 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.**

En términos más específicos, los objetivos fueron:

- Analizar la calidad del diagnóstico e identificación 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 del país, de 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.
- 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

11. UNICEF. *¿Por qué mueren los niños?* 1998.

Puntos de partida para trabajar: la información necesaria

seleccionadas, mediante el análisis de los registros de los establecimientos (historias clínicas, registros de enfermería, de laboratorio y otros), y la información relevada en las entrevistas domiciliarias y de la evaluación de los establecimientos de salud donde ocurrieron las defunciones.

Cómo se organizó e implementó EMMA

El estudio fue realizado a partir de una muestra de defunciones de niños de 0 a 4 años, ocurridas entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del 2004, tanto en instituciones de salud dependientes del sector público o privado, como extra-institucionales. Fueron evaluados 1.441 Informes Estadísticos de Defunción (IED), que equivalen al 80,3% del número seleccionado originalmente¹².

Fueron seleccionadas en total 15 jurisdicciones (como se detalla en **la tabla 1**). Los resultados alcanzados son válidos a nivel nacional y no es posible su valoración a nivel jurisdiccional.

Tabla 1. Distribución de casos esperados y seleccionados, según jurisdicción¹³

Jurisdicción	Previstos	Incluidos	Porcentaje
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%
Total	1795	1.441	80,3%

12. La diferencia entre las muestras previstas y las efectivamente realizadas se debió a la imposibilidad de encontrar algunas de las historias clínicas en las instituciones, o bien a dificultades en la obtención de los domicilios.

13. 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. Fueron excluidas aquellas defunciones cuya causa principal fue registrada como Anencefalia (Q00), Síndrome de Edwards o Síndrome de Patau (Q91) y aquellas defunciones correspondientes a casos judiciales.

Puntos de partida para trabajar: la información necesaria

Se seleccionaron 500 casos correspondientes a defunciones ocurridas en el período neonatal, 700 en el período postneonatal y 600 en niños de 1 a 4 años, distribuidos como se observa en la tabla 2. Las defunciones seleccionadas correspondieron a varones en el 56% de los casos, con frecuencias similares en los tres grupos etarios 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 al 80%.

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

Lugar de defunción	Período Neonatal	Período Postneonatal	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%

Los resultados y las conclusiones sobre la calidad del diagnóstico

Las condiciones de los hogares

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%. Aún teniendo en cuenta la limitación que significa la frecuencia elevada de datos faltantes, la proporción restante muestra 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.
- 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.

La influencia del peso y la edad gestacional

El **peso al nacer** constituye un factor reconocido como fuertemente asociado a la mortalidad infantil. El promedio de peso al nacer según los grupos etarios considerados fue de 1.744 g para los fallecidos en el período neonatal y de 2.690 g para los fallecidos en el período postneonatal.

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: 1.691 g (IC 95%: 1665,7 g - 1716,5 g).

La **edad gestacional al nacer** constituye otro factor fuertemente asociado a la mortalidad. La mediana de edad gestacional al nacer fue de 32 semanas (rango intercuartílico 27-37 semanas), en aquellos fallecidos en el período neonatal; y de 38 semanas (rango intercuartílico 34-39 semanas), en aquellos fallecidos en el período postneonatal.

Calidad del diagnóstico de las causas de muerte

Las causas de muerte más frecuentemente identificadas en cada grupo etario 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 Postneonatal:** 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.

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” (5% del total) en el grupo de defunciones institucionales fue de 1,9%, en tanto que alcanzó al 26,8% de aquellas clasificadas como extra-institucionales.

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.

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 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%), aún en aquellas defunciones clasificadas como “bien definidas”.

En resumen, esta primera parte 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.
- No se le presta la atención adecuada a los registros, lo que repercute en la calidad de atención.

Los resultados y las conclusiones sobre los procesos de atención

Características de los procesos y el acceso a la atención médica

Las defunciones analizadas se caracterizan fundamentalmente por su lugar de ocurrencia. La mayoría de ellas (82,3%) sucedió en servicios de terapia intensiva. Además, las defunciones se registraron fundamentalmente en días de semana (70%).

La mayoría de los niños fallecidos en el período neonatal accedieron por demanda espontánea (64,3%). Mientras que en el caso de los niños fallecidos en el período postneonatal solo lo hizo el 38% y el 50,8% de los niños fallecidos de entre 1 y 4 años de edad. Del total, el 68,5% había requerido atención en servicios de internación, y el 31,5% en servicios ambulatorios.

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.

Una observación relevante 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 como muestra la tabla 3. Independientemente del proceso de enfermedad asociado a la defunción, 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.

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.

Tabla 3. 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%

 Los resultados y las conclusiones sobre los procesos de atención

En cuanto a las derivaciones (cuyos porcentajes muestra la tabla 4), en el 36,8% de los casos dicha derivación fue evaluada como incorrecta.

Tabla 4. Distribución según forma de acceso a la institución donde ocurrió la defunción según grupo de edad

Forma de acceso a la última internación	Neonatal	Postneonatal	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%

La evaluación de la atención realizada en la última semana fue considerada adecuada en el 43,1% de los casos, inadecuada en el 23% las veces e incierta o discutible en el resto de los casos.

Oportunidad y calidad del diagnóstico

“No se tiene registro de que la familia está en riesgo...y no van desde el efector a la familia... ¡Esperan que lleguen!” (Trabajadora Social, Centro-Patagonia)

“A veces, yo con este trabajo sentí con muchos casos que nosotros, los médicos, los que trabajamos en la ciudad sobre todo, hemos perdido la conciencia de nuestra real función, que lo nuestro no se termina en el hospital, tampoco comienza en el hospital. Ese paciente comenzó antes y nuestra acción va a terminar mucho después que ese paciente se vaya del hospital, tal vez no le podamos cambiar la vida, pero sí podemos tomar algunas acciones que circunstancialmente no le marquen” (Médico, Norte-Cuyo)

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 solo en el 34,4% de la muestra.

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 evaluados, la consignación de una correcta evaluación nutricional de los pacientes.

Los resultados y las conclusiones sobre los procesos de atención

Del mismo modo, 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.

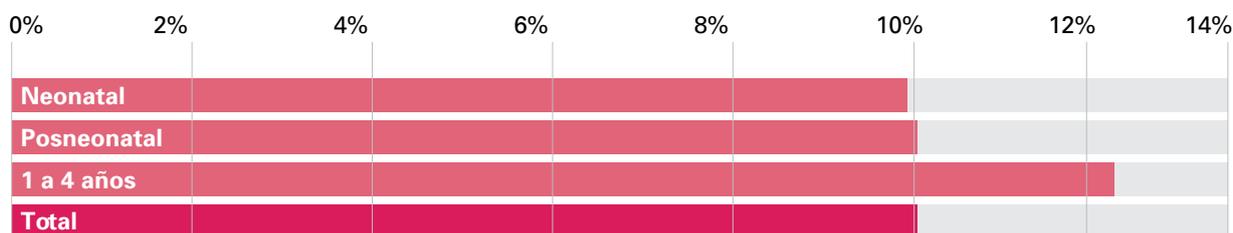
La evaluación acerca de la utilización de métodos diagnósticos pone de manifiesto una correcta adecuación a las normas de atención. Fueron valorados como adecuados: el 80,3% de los procesos diagnósticos que involucraron estudios de laboratorio; el 80,8% de aquellos realizados mediante diagnósticos por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

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%).

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, no se alcanzó un diagnóstico definitivo de la causa de la muerte.

Otro aspecto que implica inadecuaciones relevantes en la calidad de atención es la presencia de demoras en el diagnóstico, tal como muestra el **gráfico 1**.

Gráfico 1. Identificación de demoras en el diagnóstico, según grupo etario.



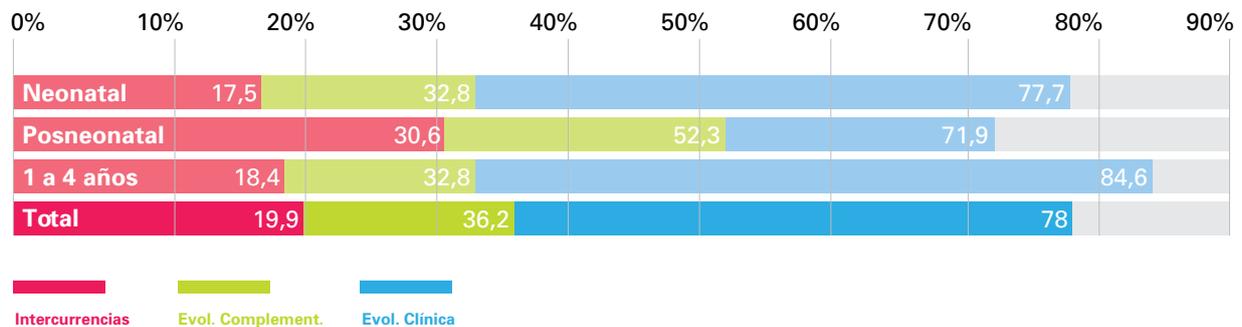
Oportunidad y calidad en el tratamiento

“¿No les parece que muchas cosas que pasan por el error humano, cuando uno ve la historia del chico, desde que empezó la enfermedad, el médico que lo vio primero no necesitaba tanta especialización? Necesitaba más ojo clínico, más darle bola, más mirarlo un ratito más y no pensar en los veinte chicos que tiene atrás. Ese chico no necesitaba tanta especialización. Hay casos puntuales, obviamente, pero creo que la gran mayoría de los chicos que hemos analizado eran prevenibles desde lo básico: un chico no tiene que llegar a la segunda consulta con una deshidratación grave cuando la primera vino con una gastroenteritis y... Creo que es poder ver más allá, no tanto especialización... Hay lugares puntuales donde se necesita especialización (...) pero la enfermedad de un chico empieza mucho antes de la terapia, mucho antes de la especialización, referido puramente a lo médico, no a lo social. Empieza cuando vino a la salita, a vacunarse, o vino y ya no vino a este control y yo no mandé al agente sanitario para que lo vaya a buscar...” (Médica, Norte-Cuyo)

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 el comienzo 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 vincularon con la falta de equipo (en el 15,2%), con la falta de medicamentos (en el 5,2% de los casos), 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 (73,9%), el apoyo nutricional brindado (76,3%) y la indicación de oxigenoterapia (78,1%). Sin embargo, entre un 20% y un 25% de las indicaciones en términos de medicación, apoyo nutricional y oxigenoterapia fueron valoradas como discutibles, inadecuadas o inciertas.

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. Tal adecuación fue efectivamente realizada en el 77,5% de los casos. El **gráfico 2** muestra los porcentajes desglosados de esta adecuación.



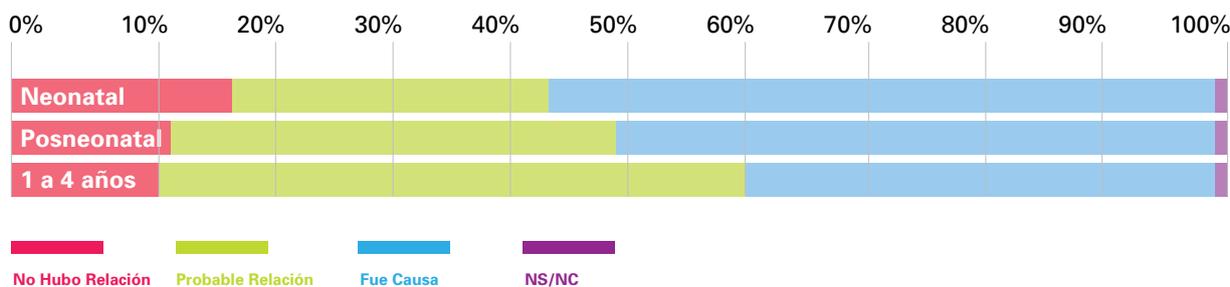
En forma análoga a lo expuesto en relación con el tratamiento médico, se registraron demoras en la cirugía en el 24,4% de los casos. Y en los casos en los que la cirugía fue realizada en otro establecimiento, las demoras fueron ocasionadas por dificultades en el traslado (en el 1,3%) o por falta de turno (en el 2,2% de los casos).

Complicaciones durante la hospitalización

En más de la mitad de los casos se registraron complicaciones en el curso de la hospitalización (55,5%), las que fueron valoradas fundamentalmente como evitables (el 45%), en tanto que 10,5% fueron valoradas como complicaciones no evitables.

Las complicaciones más frecuentes 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% para las defunciones ocurridas antes de los 28 días, entre 1 y 12 meses, y entre 1 y 4 años de edad respectivamente.

Un aspecto sumamente relevante en términos del análisis de las complicaciones 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 como muestra el gráfico 3.



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%).

Calidad de los registros médicos

“En el archivo el trabajo fue: –‘Ey, ¿me hacés la gauchadita? Dale, fijate, tiene que estar, esa historia clínica tiene que estar’, –‘Doctora, no aparece’, –‘Dale, buscala, porque acordate, en ese mes pasó tal cosa, tal otra’, - ‘Te lo buscamos’... Yo creo que el trabajo de archivo en una parte fue de gauchada, así, no fue una cosa que bajó una orden, del ministerio, de estadística...” (Médica, Norte-Cuyo)

“No hay siquiera una reglamentación o formas similares de manejar los archivos de datos o las historias clínicas, cuando son documentos de gran importancia...” (Médica, Centro-Patagonia)

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 valorados como “completos”, y de ellos 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.**

Durante las Jornadas de Cierre del EMMA, los involucrados manifestaron su preocupación y frustración ante el hecho de que las historias clínicas son documentos en la práctica “escasamente” valorados. Esta revalorización se vinculó a la certeza de que la superación de los problemas estructurales en su archivo, sistematización, llenado y supervisión redundaría positivamente en la calidad de las estadísticas y, así, en la obtención de diagnósticos más certeros en materia de salud. La problemática específica de “niños/as sin historia” también se articuló en clara asociación con los deficitarios registros. Las diversas formas de incluirlos (con los apellidos de la madre, del padre, etc.) fueron señaladas entre las cuestiones que deben revisarse para una mejor sistematización datos.

Caracterización de los establecimientos

“Yo, una de las cosas que quería comentar, que quizás fue lo más estresante, que fue ver las fallas que hay en el sistema de salud, y si esas se van a poder solucionar, o sea si vamos a poder solucionar la especialización de los recursos humanos, si vamos a poder solucionar, entre comillas, algo de la situación económica que está viviendo el país, y de las reparticiones económicas que hacen para la gente pobre y para el sistema político. Eso es lo más estresante, si realmente esto va a servir para cambiar algunas de estas cosas que yo he encontrado...” (Médico, Norte-Cuyo)

Fueron evaluados 191 establecimientos, que incluyeron 92 Servicios de Pediatría y 143 Servicios de Neonatología. 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. Como se detalla en la **tabla 5** es mayor la proporción de defunciones en aquellos establecimientos que no llegan a cubrir más del 75% de las condiciones básicas necesarias.

Tabla 5. 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%

Clínica pediátrica: 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. 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 establecimientos con adecuación de los servicios de neonatología superior al 76%, fue del 39,7%. 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.

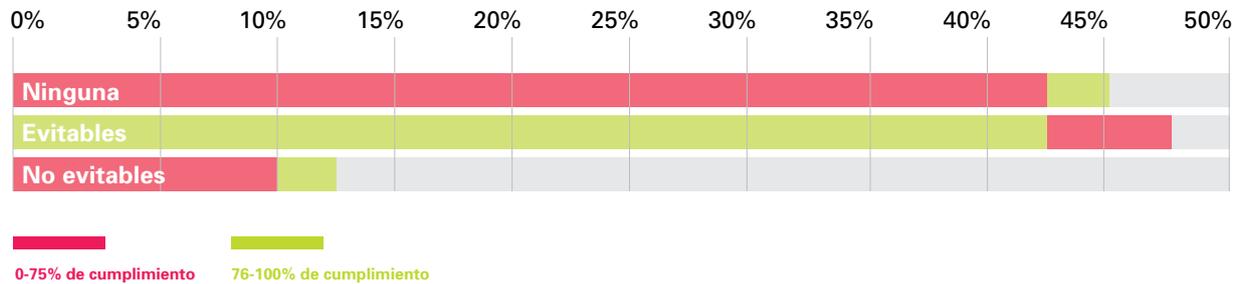
La valoración de los procesos terapéuticos teniendo en cuenta el cumplimiento de las condiciones estructurales básicas en cada establecimiento, señala que la medicación fue adecuada en el 73,9% de todos los casos incluidos en este trabajo, mientras se reducía al 67,4% en el caso de los niños que fallecieron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

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.

 Los resultados y las conclusiones sobre los procesos de atención

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%.

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 (**como muestra el gráfico 4**), y 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%.



Cómo lo viven las familias

Cómo lo viven las familias

“Eran dos situaciones distintas: en los que había forma de detectarlos antes, con un llamado telefónico y que habíamos explicado, (y otra) al que le golpeábamos (la puerta), le tocabas el timbre, le planteabas y no tenía tiempo de pensar...y esa persona contestaba y por más que vos le explicabas, vos tenías la sensación de que estaba en un estado de confusión...yo tenía la sensación de haberlo estafado...no le di el tiempo de razonar y vos te dabas cuenta y te contestaba como en bruto...” (Trabajadora Social, Centro-Patagonia).

Fueron realizadas 658 entrevistas domiciliarias: 82,5% fueron defunciones institucionales y 17,5% fueron extra-institucionales. Las principales causas de muerte en aquellas defunciones ocurridas fuera de establecimientos de salud fueron con causa mal definida el 28% de las veces, 27,5% por causas externas y 13,4% por causas respiratorias.

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

- **El 64,7% de los casos presentaban necesidades básicas insatisfechas.**
- Existían condiciones sanitarias inadecuadas en el 54,7% de los hogares.
- La vivienda fue identificada como precaria en el 54% de los casos.
- El 41,4% se hallaba por debajo de la capacidad de subsistencia.
- La frecuencia de hacinamiento fue de 45,9%.
- En el 19% de los casos, la asistencia escolar era inadecuada.

A partir de las entrevistas realizadas pudo establecerse que en los hogares donde residían los niños fallecidos, en general era la madre la persona a cargo del cuidado de los niños (82,2%) y la edad media de la persona a cargo del cuidado de los niños fue de 25,2 años. En el 82,7% de los casos, la persona a cargo del niño refirió no trabajar.

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 lo que respecta al acceso de la población aborígen al sistema público de salud... Aún no son reconocidos por la mayoría de los integrantes del sistema como la población originaria de la provincia, son más bien tratados como extraños, tan diferentes y ‘foráneos’ que son incapaces de integrarse a nuestro sistema, el único oficialmente reconocido. Creo que por ahí pasa el desafío más grande del sistema: por lograr una apertura tal que reconozca lo diferente y desde las diferencias la construcción conjunta de nuevas estrategias. Lo diferente en relación a culturas, a saberes pero también a situaciones sociales y económicas... Considerar importante el factor cultural en el sistema de salud...” (Trabajadora Social, Norte-Cuyo)

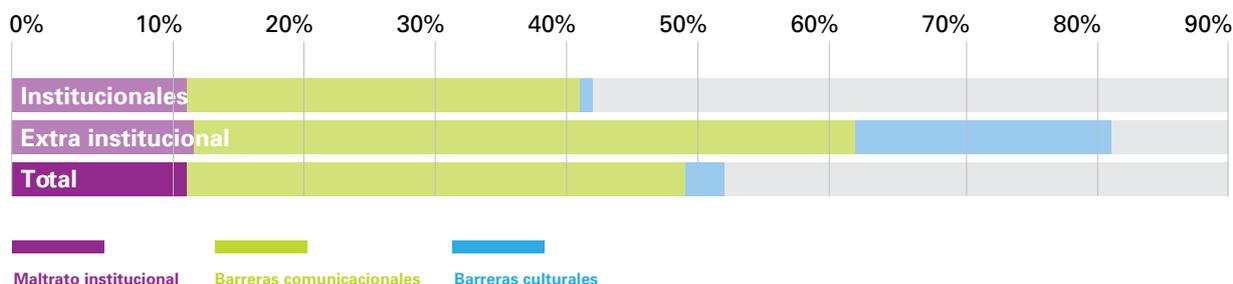
En aproximadamente uno de cada dos casos (45,1%) los niños fallecidos se encontraban previamente en buen estado de salud, según lo manifestado en la entrevista.

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 aquellos 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, aquélla 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, como se detalla en el gráfico 5.



Cómo lo viven las familias

De los casos en los que se consultó en forma tardía o no se realizó la consulta, el 91,8% señaló no haberlo considerado necesario. En otro 5,6% de los casos, se identificaron demoras en llegar al servicio asistencial, de los cuales el 86,5% refirió que el establecimiento “le quedaba muy lejos”. En el otro 4% de los casos las demoras en recibir atención se debieron a la poca percepción del problema y/o los factores de riesgo familiares por parte del equipo de salud y a la falta de personal y/o turnos.

En los casos en los que se consultó en la semana previa a la defunción, el 69,6% de ellos mencionó haberseles indicado tratamiento médico. Sin embargo, 1 de cada 3 afirmó no haber recibido suficiente información sobre el problema o los riesgos de la situación del niño. Y el 33% de aquellos que sí la recibieron indicaron no haber comprendido tal información, tal como muestra la tabla 6.

Tabla 6. Motivo de incumplimiento de indicaciones terapéuticas, según establecimiento en que se realizó la consulta

Motivo de incumplimiento	Hospital o Clínica	Centro de Salud
Espontáneo	52,6%	45,8%
Derivado	22,3%	44,5%
No se sabe	25,1%	9,7%

Percepción de las familias en relación con la defunción

“Lo que pudimos comprobar es que las barreras culturales a veces son infranqueables, porque el aborigen varón es el que se relaciona con los criollos, por eso las mujeres no van al médico si no está acompañadas por ellos, ya que ellas no hablan el idioma castellano. En esta etapa fue muy importante la labor del agente sanitario bilingüe como traductor...” (Trabajadora Social, Norte-Cuyo)

“Descubrí la madre de las negligencias... me llevaba a leer las historias clínicas para poder entender lo que la gente me decía... y saltaban casos... que nos dábamos cuenta que no era por falta de recursos, lo que faltaba era la comunicación...fue terrible y ese tema saltó en la mayoría.” (Trabajadora Social, Centro)

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.

Cómo lo viven las familias

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 reconocieron que era muy grave (43,9%) o grave (50,7%).

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

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 ya que, como muestra la tabla 7 , solo el 49,9% manifiesta haber recibido y comprendido siempre la información. Por el contrario, la valoración de la información recibida fue mejor en los hogares de niños fallecidos en establecimientos dependientes del sector privado.

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.

Tabla 7. Valoración de la información recibida del equipo de salud referido por los padres, según presencia de NBI 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%

Satisfacción con la atención desde la perspectiva de la familia

“Nos recibieron muy bien como que alguien se preocupaba por lo que les había pasado, más allá del dolor...”
(Trabajadora Social, Norte-Cuyo)

“Restado de lo traumático que fue abrirse para estas personas, la mayoría de las entrevistadas relató abiertamente su experiencia y sus sentimientos... algunas sintieron que su saber era importante y que alguien escuchaba lo que ellas tenían que decir...” (Trabajadora Social, Norte-Cuyo)

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%).

Conclusiones

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** 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 definidas”, 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 IED 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 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 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

Conclusiones

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.

- 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.

- 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.

Conclusiones

- 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, son particularmente relevantes 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.

Acciones en marcha

"...Un trabajo interesante desde un punto de vista profesional y que podía dar un rédito bueno para la gente si se hace bien...a la población...porque pueden salir productos que después...políticas de salud que mejoren... Como que uno va viendo que el ministerio larga investigaciones y después hay políticas, concretamente leyes que tienden a revertir, no digo que vayan a revertir la situación inmediatamente, pero que tienden a revertir la situación o el problema. Eso traía la responsabilidad de hacer un laburo bien, de detectar realmente los problemas y tratar de buscar la visión de la familia con la mayor fidelidad posible para que sirva después para implementar las políticas mejores..." (Trabajadora social, Norte-Cuyo)

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**.

Conclusiones

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

Conclusiones

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 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 bioseguridad 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. Por eso, 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.

Conclusiones

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 continúa 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.

Conclusiones

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.

Participantes y equipo de investigación

Participantes y equipo de investigación

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 López Doblas.

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

Dirección de Estadísticas e Información de Salud: Lic. Élda Marconi, Lic. Carlos Guevel, Lic. Mercedes Fernández.

UNICEF

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

Consultores externos: Dra. Nélide 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 López Doblas.

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

Dirección de Estadísticas e Información de Salud: Lic. Élda 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.

Participantes y equipo de investigación

TRABAJO DE CAMPO

Coordinadoras del trabajo de campo: Dra. Nélide Busso y Dra. Cristina Garibaldi.

Estadísticas: Graciela Ballarino.

Región Metropolitana: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Primer y segundo cordón suburbano de la provincia de Buenos Aires.

Supervisión: Dr. Alejandro Oleiro y Dra. Nélide Busso.

Equipo: Dra. Nancy Boada, Dr. Carlos María Figueroa Turienzo, Dra. Mariana Nastri, Dr. Ariel Golubicki, Dra. Adriana Alberti, Dr. Oscar Trotta, Lic. Juan Ghorzi, 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 Ganoso, Lic. María Susana Méndez, Lic. Nélide Nieto.

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

Supervisión: Dra. Nora Redondo.

Equipo: 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.

Equipo: 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. María Irma Aranda, 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.

Equipo: 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 Mamani 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.

Equipo: 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 externo: Lic. Hugo Delfino.

Informe cualitativo: Lic. Sara Barrón y Lic. Inés Ibarlucía.

*“La mortalidad infantil es un emergente...un pedacito, es la puntita del iceberg y debajo de todo eso está todo lo otro que no es menor y que de alguna manera ningún estudio refleja o refleja tangencialmente...esto de mirada desde otro lado, cuando la madre...que a mí me ha tocado entrevistar...que cuando su hijo murió esperando ella a que la atendieran, esperando...se murió su hijo en sus brazos y dice –‘me atendieron muy bien, me dieron una silla...’, es mucho más amplio...porque acá el análisis es estrictamente médico pero no es lo único que debemos de mirar, habría que mirar del otro lado (...) Ella se posiciona en un lugar donde no tiene el derecho incorporado de que es una persona que tiene derecho a ser atendida dignamente, y tampoco tiene a nadie que la avive en ese sentido...y yo en lugar de demandar, espero y me siento bien atendida porque la enfermera me da una silla y yo me quedo sentada ...Esas son las cosas que no vemos...es un recorte....muy incompleto...tiene que ver con cómo las personas se posicionan en la sociedad y qué lugar les damos los médicos...nuestro posicionamiento como sistema de salud. Nosotros esperamos que vengan y demanden y la madre que viene una vez cada tanto...el médico la maltrata, ‘¿por qué no le traés?’... Porque si no parece que todo es una cuestión relacionada con establecer una buena práctica, con una buena formación y con eso nosotros vamos a resolver el problema...”
(Médico, Centro-Patagonia)*

Aportes para el análisis y la reducción de las muertes de menores de 5 años en la Argentina

Resultados y conclusiones del EMMA



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

<http://www.msal.gov.ar>



<http://www.unicef.org.ar>