



PRIMER INFORME DE UNA SERIE DE ESTUDIOS SOBRE LA MORTALIDAD INFANTIL

Aumento de la mortalidad infantil en CABA: problemas en el acceso a los servicios de salud y desigualdades sociales en el distrito más rico del país

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2016, se registraron 36 muertes más de bebés menores de un año que en el 2015. El vaciamiento y cierre de políticas públicas, la subejecución del presupuesto del Ministerio de Salud y la crisis socioeconómica con el consecuente aumento de la pobreza son algunas de sus explicaciones.

Semanas atrás se presentaron los resultados de la evaluación técnica encargada por el gobierno porteño a UNICEF Argentina, que muestra un aumento de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en esa jurisdicción entre los años 2015 y 2016, **pasando de 6,0 muertes por cada mil nacidos vivos a 7,2**. Analizando los datos informados por el gobierno porteño, se desprende que este aumento está vinculado, principalmente, a problemas en algunos sectores de la población para acceder a los servicios de salud. Además, comparando la información de los años 2013 y 2016, la desigualdad en la distribución de las muertes infantiles entre las comunas de la ciudad aumentó. La inequidad en salud se acentúa en tanto en las comunas más ricas disminuyen las tasas y en las más pobres, crecen.

Introducción

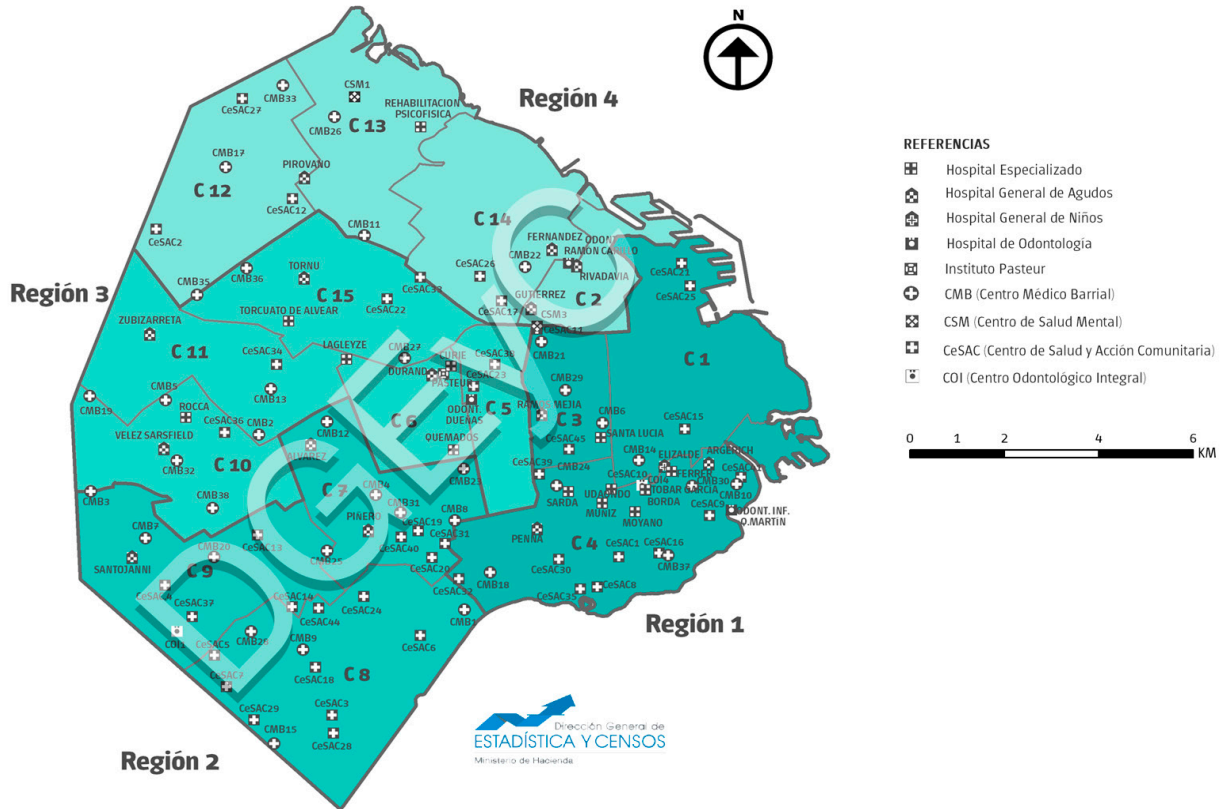
La tasa de mortalidad infantil es un indicador que refleja las defunciones de menores de 12 meses por cada mil nacidos vivos en el período de un año. Es considerada como **uno de los indicadores más importantes sobre la situación de salud de**

una población dado que se relaciona con el acceso a una atención sanitaria de calidad, pero fundamentalmente con el nivel de pobreza de una sociedad y el grado de desarrollo de un país, por lo que resulta fundamental para la planificación y programación de actividades en salud.

Existe un conjunto de condiciones que se relacionan entre sí y determinan el nivel de la mortalidad infantil: biológicas, demográficas, socioeconómicas, culturales, ambientales, de accesibilidad y atención de la salud, entre otras. La importancia relativa de algunas condiciones sobre otras difiere según la edad de los niños y niñas menores de un año.

La mortalidad infantil está compuesta por la mortalidad neonatal (defunciones ocurridas entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida) y la postneonatal (defunciones ocurridas desde el fin del período neonatal hasta el año de vida). En la mortalidad neonatal prevalecen aquellas condiciones vinculadas con los problemas congénitos y con

Mapa I. Regiones sanitarias y comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2013.



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹

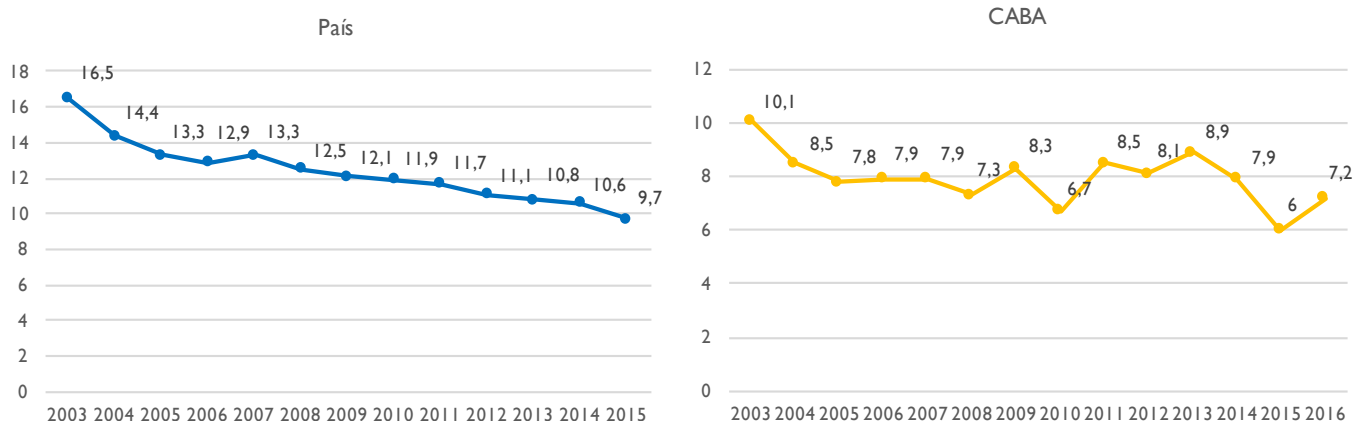
la accesibilidad y atención de la salud de la madre y del recién nacido (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y recién nacido durante los primeros días de vida). En la mortalidad postneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socioeconómicas.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la jurisdicción con el Producto Bruto Interno (PBI) más alto del país y es la que tiene proporcionalmente la mayor cantidad de recursos e infraestructura sanitaria. El sistema de salud de CABA está organizado en regiones sanitarias. La Región Sanitaria 1 comprende geográficamente las Co-

munas 1, 3 y 4, la Región Sanitaria 2 comprende las Comunas 7, 8 y 9, la Región Sanitaria 3 comprende las Comunas 5, 6, 10, 11 y 15 y la Región Sanitaria 4 comprende las Comunas 2, 12, 13 y 14.

En el mapa se observa que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con trece Hospitales Generales, diecinueve hospitales especializados, dos Centros de Salud Mental, dos Centros Odontológicos Infantiles, cuarenta y cuatro Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), treinta y nueve Centros Médicos Barriales (CMB), ochenta y dos consultorios de médicos de cabecera y sesenta y ocho consultorios de odontólogos de cabecera.

Gráfico I. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil País (2003-2015) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2003-2016)



Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base a datos de la DEIS, del Ministerio de Salud de la Nación y de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Además, en CABA se concentran el 1,67 % de los establecimientos públicos del país (317 efectores de los 18.970 existentes en el país) y el 6,44 % de los privados (949 efectores sobre 14.734 que hay en el país)².

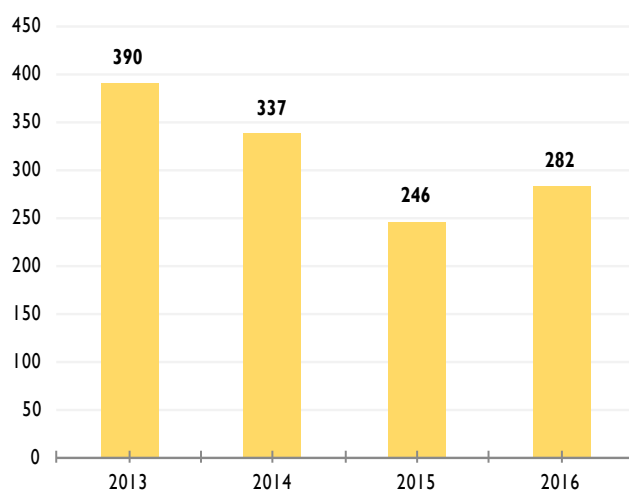
Desde el año 2003 se observa una tendencia de descenso en la TMI de CABA, acompañando el mismo comportamiento observado en la TMI del país. Pero a diferencia de lo sucedido en el total país, donde se observa un descenso de esta tasa interrumpido únicamente en el año 2007 (coincidente con el brote producido por el virus sincicial respiratorio que afecta principalmente a los menores de 5 años), en CABA se observan oscilaciones alrededor de valores similares a lo largo del período, con una ligera tendencia al descenso que se acentúa a partir de 2013. Esta tendencia es la que parece haberse interrumpido en 2016.

Análisis del aumento de la TMI en el año 2016

Los resultados de la evaluación técnica realizada por UNICEF Argentina sobre la mortalidad infan-

til en CABA indican que **el año pasado se registraron 36 muertes más de bebés menores de un año que en 2015**. Durante 2016 hubo 282 defunciones de menores de 12 meses, mientras que en 2015 fueron 246.

Gráfico 2. Defunciones de menores de un año en CABA.



Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base a datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del diario La Nación del 28 de Abril de 2017.



En 2014 hubo 337 decesos y en 2013 fueron 390. Además, hay que remarcar que este aumento de la mortalidad infantil en CABA se dio en un contexto donde hubo menos nacimientos en el 2016 (38.840 nacidos vivos) en comparación con el año 2015 (40.913 nacidos vivos).

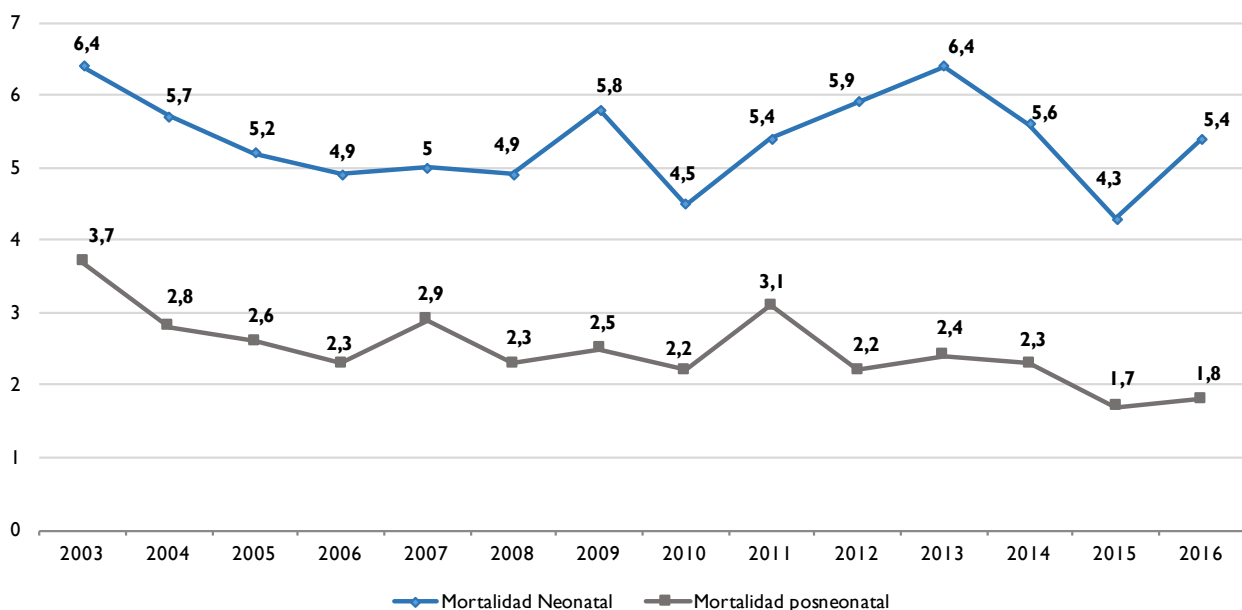
Estos datos permiten inferir una **TMI en CABA para el 2016 de 7,2 muertes por cada mil nacidos vivos**, frente a los 6,0 puntos registrados en 2015 que acompañaron el histórico descenso de la mortalidad infantil en nuestro país a solo un dígito (9,7 muertes por cada mil nacidos vivos).

Los datos fueron confirmados recientemente por el gobierno porteño en la publicación *“Informe de Resultados sobre la mortalidad infantil en la Ciudad en el período 2013-2016”*. En ese reporte oficial, queda en evidencia que el componente neonatal de

la mortalidad infantil explica de manera significativa el aumento de la tasa en la ciudad, pasando de 4,3 en 2015 a una tasa de 5,4 en 2016 (aumento de 1,1 muertes por cada mil nacidos vivos). La tasa de mortalidad infantil postneonatal, a su vez, pasó de 1,7 en 2015 a 1,8 en 2016, mostrando un variación de solamente 0,1 puntos.

Como mencionamos anteriormente, el aumento de la tasa de mortalidad neonatal puede estar vinculado a una mayor cantidad de muertes por enfermedades congénitas o a la falta de accesibilidad y atención de la salud de la madre y del recién nacido (control del embarazo, atención del parto y recién nacido durante los primeros días de vida). Al realizar el análisis desagregado por las causas de la mortalidad neonatal en el 2016, se observa que **las muertes relacionadas a los problemas en los controles de salud durante el**

Gráfico 4. Tasa de mortalidad infantil neonatal y postneonatal. CABA. 2003-2016.



Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base a datos del Informe de Resultados sobre la mortalidad infantil en la Ciudad en el período 2013-2016, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



embarazo aumentaron cerca de un 225% en 2016 respecto a 2015 (de 1,7 en 2015 pasó a 3,8 muertes por cada mil nacidos vivos en 2016). Este dato sugiere que **el aumento de la mortalidad infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puede estar íntimamente relacionado a las barreras de acceso de la población en general, y de las embarazadas en particular, al sistema de salud porteño.**

Si bien la suba de la mortalidad postneonatal no fue significativa, al observar la composición por criterios de reducibilidad, **se corrobora un incremento en las causas reducibles por prevención y tratamiento de 1,9 puntos porcentuales en 2016 respecto al año anterior** (pasa de 16,9% en 2015 a 18,8% en 2016). Es decir, **se trata de un aumento en el número de muertes de bebés por causas que podrían evitarse con una intervención oportuna y eficaz del sistema de salud.**

Desigualdades sociales en la distribución de la mortalidad infantil en CABA

Otra arista a tener en cuenta en el análisis de la mortalidad infantil en CABA es su distribución desigual entre las distintas comunas. Entre 2015 y 2016, **la tasa de mortalidad infantil aumentó en 10 de las 15 comunas** (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12 y 15). En todas ellas el aumento fue mayor a un punto porcentual.

Históricamente, la mayoría de los casos de mortalidad infantil **se concentran en las comunas 4, 8 y 9: aquellas conformadas por barrios con población en situación de mayor vulnerabilidad.** Un indicador representativo de la situación socioeconómica de estas comunas es el ingreso per

cápita familiar (IPCF). Cuando se compara el IPCF de estas 3 comunas al de las comunas con mayor ingreso se obtiene el resultado observado en la tabla 1. Como se puede observar, la brecha en el IPCF entre la comuna más rica (14) y la más pobre (comuna 8) pasó de \$4.391,00 a \$11.697,00 entre los años 2013 y 2016.

Tabla 1. Comparación entre las 3 comunas con menor y mayor IPCF. CABA, 2013-2016

COMUNAS		IPCF 2013	IPCF 2014	IPCF 2015	IPCF 2016
Comunas con menor IPCF	8	\$2.839	\$3.778	\$4.947	\$6.740
	4	\$3.500	\$4.791	\$7.158	\$8.679
	9	\$3.666	\$5.509	\$6.961	\$9.206
Comunas con mayor IPCF	13	\$6.502	\$9.259	\$12.197	\$16.843
	2	\$6.871	\$9.885	\$13.651	\$17.239
	14	\$7.230	\$10.160	\$13.323	\$18.437

Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base a datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para analizar el comportamiento de las desigualdades en la distribución de la mortalidad infantil entre las comunas de la ciudad, se agruparon por quintiles, ordenadas de las más pobres a las más ricas según su IPCF respectivo. Según el cociente ponderado de tasas extremas, en el conjunto de las comunas más pobres (con menor IPCF) se murieron 3,3 veces más niños menores de 1 año que en el conjunto de las comunas más ricas (con mayor IPCF) durante el año 2013. Este mismo cociente, medido en el año 2016, arrojó que **se murieron 3,7 veces más niños en las comunas más pobres que en las más ricas.**

Al analizar la diferencia ponderada de tasas extremas, se observa que en el año 2013 se murieron 8,8 chicos de 0 a 12 meses más por cada 1000 nacidos vivos, comparando el quintil de comunas más pobres con el de comunas más ricas. En números absolutos, hubo **96 muertes infantiles más en las comunas pobres de lo que se esperaría si tuvieran las mismas condiciones del conjunto de comunas más ricas.**

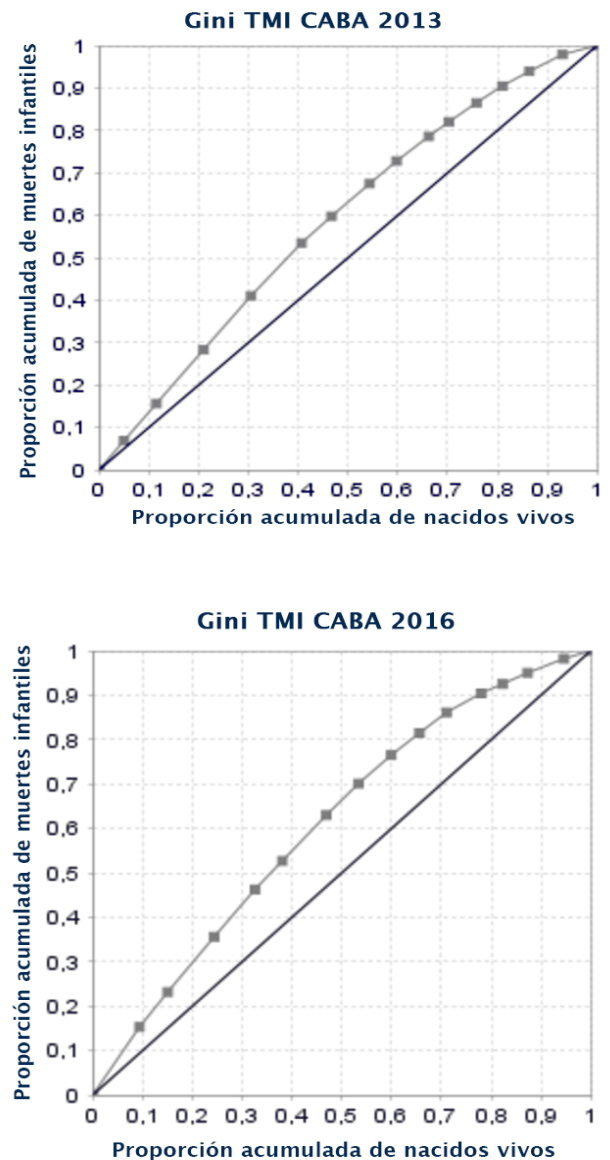
Aplicando el mismo índice para el año 2016 se ve un ligero aumento, indicando que la diferencia entre las comunas más pobres y más ricas fue de 9 muertes para cada 1000 nacidos vivos. Análogamente a lo observado para el año 2013, en números absolutos **hubo 99 muertes infantiles más en las comunas pobres.**

El cálculo del riesgo atribuible poblacional relativo lleva a la conclusión de que, en el año 2013, se podrían haber evitado el 46% de las muertes infantiles si todas las comunas tuviesen las mismas condiciones del quintil formado por las comunas más ricas de la ciudad. Siguiendo esta premisa, se podrían haber evitado cerca de 174 muertes en CABA durante el 2013. El riesgo atribuible poblacional relativo para el año 2016 fue de 48,1%, lo que permite concluir que **se hubieran podido evitar cerca de 135 muertes infantiles si todas las comunas tuviesen las condiciones de las más ricas** (teniendo en cuenta que en el 2016 hubo cerca de 97 nacimientos menos que en el 2013).

También se calculó el índice de Gini con su respectiva curva (curva de Lorenz) para estudiar la variación de la desigualdad en la distribución por comunas de la mortalidad infantil comparando el año 2013 al 2016. **El índice de Gini pasó de**

0,176 en el 2013 a 0,221 en el 2016, señalando un aumento de la desigualdad en la distribución de la mortalidad infantil entre las comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gráfico 5. Curva de Lorenz de la TMI por comunas de CABA. Años 2013 y 2016.



Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria

La lectura de la curva de Lorenz indica que en el 2013 el 50% de las comunas de la ciudad concentraban cerca del 62% de las muertes infantiles, mientras que en el 2016, el 50% de las comunas concentraron cerca del 68% de estas defunciones.

Los últimos indicadores de desigualdades en salud calculados para este informe fueron los índices y la curva de concentración para los años 2013 y 2016. Este indicador tiene una lógica muy similar al Gini, pero la diferencia fundamental es que el índice de concentración relaciona la distribución de la mortalidad infantil teniendo en cuenta el ordenamiento de las comunas según el indicador socioeconómico, en este caso el IPCF. La comparación de este índice entre los años 2013 y 2016 también refleja un aumento en la desigualdad, pasando de 0,143 a 0,163.

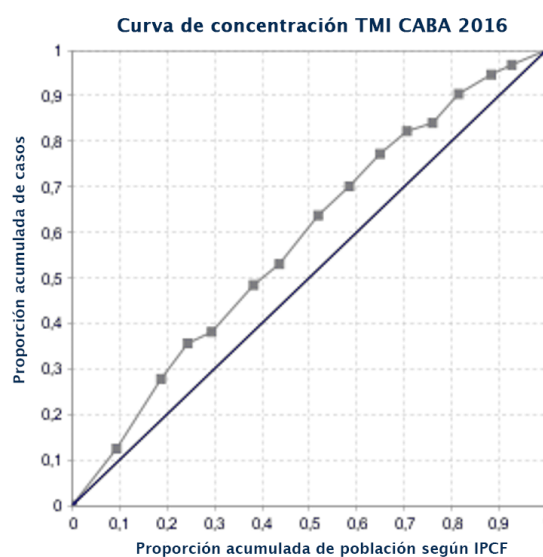
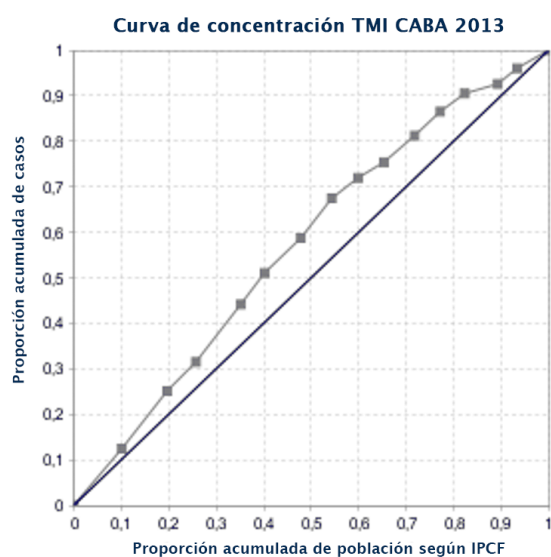
Al interpretar la curva de concentración, se puede decir que en el 2013 el 20% de las comunas más pobres concentraron cerca del 25% de las muertes

infantiles, mientras en el 2016 el 20% de las comunas más pobres reunieron cerca del 30% de la mortalidad infantil en CABA.

Para finalizar, podemos observar que en 2 de las 3 comunas con los IPCF más elevados (más ricas), la mortalidad infantil se redujo de manera significativa entre los años 2013 y 2016, a contramano del comportamiento de la TMI total de la ciudad. En la Comuna 14, la TMI se redujo un 39,6%, pasando de 5,3 en el 2013 a 3,2 en el 2016, mientras que en la Comuna 2 la reducción fue de 52%, pasando de 7,5 a 3,6. De las 3 comunas más ricas, solamente la Comuna 13 tuvo un aumento en su tasa entre los años analizados, incrementándose en un 40%, ya que pasó de una tasa muy baja de 2,7 en el 2013 a 4,5 en el 2016.

Si consideramos las 3 comunas más pobres (con menor IPCF) vemos una relación inversa: 2 comunas elevaron su TMI y una la bajó. La Comuna 9 su-

Gráfico 6. Curva de concentración de la TMI por comunas de CABA. Años 2013 y 2016.





frió un aumento en la mortalidad infantil de 7,9%, pasando de 9,3 en 2013 a 10,1 en 2016. La Comuna 4 sufrió una pequeña variación de 0,8% subiendo su tasa de 11,8 a 11,9. La Comuna 8 logró bajar su tasa de mortalidad infantil de 10,9 a 9,7, una disminución de 11,9%.

Si se comparan los datos del año 2015 y 2016, se puede observar que en las 3 comunas más pobres la mortalidad infantil sufrió un aumento, mientras que en las 3 más ricas, bajó.

Tabla 2. Tasa de mortalidad infantil de las 3 comunas con menor y mayor IPCF. CABA 2013-2016

COMUNAS		TMI 2013	TMI 2014	TMI 2015	TMI 2016
Comunas con menor IPCF	8	10,9	12,7	8,2	9,7
	4	11,8	12,3	7,2	11,9
	9	9,3	6,5	6,5	10,1
Comunas con mayor IPCF	13	2,7	6,9	4,7	4,5
	2	7,5	9,2	4,5	3,6
	14	5,3	6,8	5,6	3,2

Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria en base a datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El análisis de los índices de desigualdades y del comportamiento de la tasa de mortalidad infantil, entre los años observados, indican que no solamente hubo un aumento de la desigualdad en la distribución de la mortalidad infantil entre las comunas de CABA, sino que **esta distribución representa una desigualdad injusta y evitable, configurando un problema de inequidad en el perfil de la mortalidad infantil en la Ciu-**

dad. El aumento de la tasa de mortalidad infantil observado en el año 2016 viene acompañado por el aumento de la desigualdad social en la distribución de este evento, recayendo fundamentalmente sobre el conjunto de comunas con situación socioeconómica más desfavorable.

CABA no implementó la Ley de Regionalización Perinatal, sancionada el 22/09/2016 en la Legislatura, cuyo objeto es consolidar la regionalización perinatal para la atención de las embarazadas, recién nacidos y puérperas en el subsistema público de la salud, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad materno-neonatal.

Esta situación podría ser paliada a través de políticas de salud equitativas, atentas a las grandes diferencias sociales presentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Pero el análisis de las causas del aumento de la mortalidad en CABA indica que, justamente (o mejor dicho, injustamente), están vinculadas a problemas de acceso al sistema de salud local.

Conclusiones y comentarios generales

Como explicamos, la mortalidad infantil se relaciona con el acceso al sistema de salud, pero fundamentalmente con el nivel de pobreza de una sociedad y el grado de desarrollo de un territorio. Asimismo, existe evidencia de que la disminución del gasto sanitario público se asocia con el aumento de la mortalidad infantil.³ En este sentido, cabe considerar que



la devaluación de diciembre de 2015 (que ronda el 50%) impulsó la transferencia de recursos para los sectores más concentrados, que se consolidó una pérdida de entre 10 y 12 puntos del poder adquisitivo a lo largo de 2016 y que se generaron más de un millón de nuevos pobres.

A esta preocupante situación social, se suma que **el presupuesto nacional en salud se redujo de un devengado de 1,68% en 2015 a un 1,36 % en 2016** y que, además, el Ministerio de Salud de la Nación subejecutó casi el 5% de su presupuesto. A su vez, **se desabasteció al Programa REMEDIAR** que proveía medicamentos esenciales para el primer nivel de atención (alguno de ellos específicamente indicados para embarazadas), **se derogó el Programa Qunita** que tenía como premisa disminuir la mortalidad infantil y materna y **no se implementó la Ley de Regionalización Perinatal**

sancionada por la Legislatura porteña, que perseguía objetivos similares.

En este contexto, durante el año pasado los **casos de infecciones respiratorias agudas han estado por encima de lo esperado** tomando como parámetro los últimos cinco años y **aumentaron las enfermedades de transmisión vertical** (de la madre al hijo en el período de gestación, parto o posparto), como la sífilis. En paralelo, debido al impacto de las medidas económicas del gobierno nacional se ha reducido la cantidad y la calidad de alimentos que consume la población, incluidas las embarazadas y neonatos.

Frente a este panorama, no resulta extraño, aunque sí alarmante, el aumento en la mortalidad infantil y de la desigualdad social en salud en la jurisdicción más rica del país.

¹ Mapa disponible en <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=955>

² Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). *Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES)*. Disponible en <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>

³ Esparza Olcina, M.J. y Gonzalez Rodriguez, M. P. (2015) Disminuir el gasto público sanitario aumenta la mortalidad infantil en Evidencias en Pediatría. Disponible en www.evidenciasenpediatria.es