

# Mortalidad infantil: reflexiones a partir del caso de Tucumán.

Florencia Cendali y Luciana Pozo .

Cita:

Florencia Cendali y Luciana Pozo . (2009). *Mortalidad infantil: reflexiones a partir del caso de Tucumán*. X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, San Fernando del Valle de Catamarca.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xjornadasaepa/38>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eAKp/txV>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

# **MORTALIDAD INFANTIL: Reflexiones a partir del caso de Tucumán**

**Florencia Cendali**

Universidad Nacional de Luján - florcendali@hotmail.com

**Luciana Pozo**

Universidad de Buenos Aires - lul.pozo@gmail.com

## **I. Resumen**

A mediados del mes de junio de 2008 la problemática de la mortalidad infantil adquiere presencia en los medios de comunicación, a partir de una denuncia de manipulación de las estadísticas oficiales en la provincia de Tucumán.

Este caso llevó a un “debate nacional” sobre la situación de la mortalidad infantil, puesto que la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, no sólo no negó lo publicado sobre la manipulación de la estadística en esta provincia, sino que confirmó el aumento de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en el año 2007, que revertía una serie histórica de tendencia descendente.

El siguiente trabajo se propone como objetivo explorar algunas dimensiones del indicador “mortalidad infantil”, a los fines de abordar críticamente algunas de las problemáticas que giran en torno al mismo en la Argentina actual. La intención es elucidar las declaraciones que se han realizado sobre las mediciones y las acciones fraudulentas de omisión en esta área de estudio, a partir de definir a la omisión como “la no registración del nacimiento o defunción infantil dentro del año de ocurrencia” (OPS, 2008:19).

Como resultado, se espera dar cuenta de los alcances y límites del indicador, así como reflexionar sobre esta problemática en nuestro país, haciendo hincapié en el sistema de información, que da lugar a situaciones como la denunciada.

## **II. Presentación**

La mortalidad infantil posee, en las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI, una tendencia descendente en el mundo, no siendo Argentina una excepción. Este indicador, que se vincula con la desigualdad y la pobreza, es utilizado y auditado políticamente. En estos usos radica la importancia de su estudio en este trabajo.

En América Latina, la problemática de la Tasa de Mortalidad Infantil -TMI-, su subregistro y la existencia de fuentes de información diferentes y más exactas que las Estadísticas Vitales había aparecido como un tema problemático a fines de los años ´70 del siglo XX, ya que “los nuevos `Métodos indirectos` de demografía están relevando que los niveles de mortalidad –especialmente la infantil- son apreciablemente superiores a las estadísticas oficiales publicadas por los países” (Escudero, 1980:105), tal como se puede observar en la tabla N°1.

**Tabla N°1.** Comparación entre tasas de mortalidad infantil proporcionada por estadísticas vitales “oficiales” y por otros métodos de medición, países de América Latina.

PAÍS	Período	Tasa de mortalidad infantil por estadísticas “oficiales”	Tasa de mortalidad infantil media por otros métodos
		(a) (b) (c)	(a)
Honduras	1970-1971	36	115 (c)
Nicaragua	1966-1967	43	126 (c)
Perú	1965	74	153 (c)
El Salvador	1966-1967	63	118 (c)
Rep. Dominicana	1969	62	110 (c)
Colombia	1968-1969	70	100 (c)
Paraguay	1967-1968	44	64 (c)
Guatemala	1968-1969	92	110 (c)
Ecuador	1969-1970	81	104 (c)
Costa Rica	1968-1969	65	70 (c)
Cuba	1970	36	38 (d)
Argentina	1966	54	54 (d)
Chile	1970	79	79 (d)
Bolivia	1971-1972	---	161 (d)

FUENTES:

Tabla extraída del artículo de Escudero (1980:106)

(a) Muertes infantiles por mil nacidos vivos.

(b) Datos del “Demographic Yearbook” para el período correspondiente

(c) Hugo Behm y colaboradores (1977): “Mortalidad en los primeros años de vida en los países de América Latina”. Mediciones efectuadas por “Métodos Indirectos. CELADE.

(d) Hugo Behm y Olinto Rueda (1977): “Colombia 1968-1969”. CELADE.

En Argentina, a mediados del mes de junio de 2008, la problemática de la mortalidad infantil adquiere presencia en los medios de comunicación a partir de una denuncia de manipulación de las estadísticas oficiales en la provincia de Tucumán: “se comprobó que en Tucumán los nacidos con un peso inferior a 500 gramos son anotados como defunciones

fetales” (Crítica, 9 de junio de 2008). Si bien aparecen alteradas las estadísticas, la adulteración primera se encuentra en el lugar donde se genera la información.

Este caso llevó a un debate nacional sobre la situación sanitaria y su relación con la mortalidad infantil, puesto que la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, no sólo no negó lo publicado sobre la manipulación de la estadística en esta provincia, sino que también confirmó que “la Tasa de la Mortalidad Infantil –TMI- aumentó durante el año 2007 un 1,8 por ciento, luego de años de postular resultados de disminución en la TMI” (Clarín, 10 de junio de 2008).

Si bien es necesario poseer datos para poder evaluar la salud de los pueblos latinoamericanos en función a las políticas de salud que se están implementando, es imprescindible que estos no sean falsos porque “(...) arrojan una imagen equivocada de la realidad, y, en casi todos los casos, esta equivocación actúa en el sentido de subestimar los problemas sanitarios que enferman y matan actualmente a decenas de millones de seres humanos en nuestro continente y en el mundo” (Escudero, 1980:106)

La denuncia mediática respecto a las irregularidades en las estadísticas tucumanas en el año, concluye que la TMI es manipulada en esta provincia. “Los números que marcan que la variable se redujo a la mitad no concuerdan con la realidad. El procedimiento es simple y sólo depende del trazo de una birome: hay cientos de bebés, cuyo peso es inferior a los 500 gramos, que habiendo nacido vivos son registrados como ‘defunciones fetales’ o ‘egresos por abortos’ y por tanto no forman parte de la estadística”. (Crítica, 9 de junio de 2008).

Ante esta situación conflictiva de la TMI en la provincia de Tucumán, nace el interés por estudiar el proceso de construcción de dicha tasa. El siguiente trabajo se propone reflexionar sobre algunas dimensiones de este indicador, a los fines de abordar críticamente algunas de las problemáticas que giran en torno al mismo en la Argentina actual. La intención es elucidar las declaraciones que se han realizado sobre las mediciones y las acciones fraudulentas de omisión<sup>1</sup> en esta área de estudio.

En trascendental reflexionar sobre la mortalidad infantil, ya que se relaciona con la calidad de atención y de cuidado que está brindado el sistema de salud, “(...) en América Latina, la insuficiente cobertura de los sistemas de atención médica genera unas estadísticas de mortalidad que, generosamente subestiman a la mortalidad” (Escudero, 1980:105).

---

<sup>1</sup> Si bien en este trabajo no se diferencian las limitaciones legales de las omisiones (puesto que es temática de un trabajo más específico), cabe destacar que, según la OPS, “el concepto de ‘omisión’ debe interpretarse como la no registración del nacimiento o defunción infantil dentro del año de ocurrencia” (OPS, 2008:19).

Para ello, en un primer momento se explicarán las principales características de la TMI: qué mide, cómo se desagrega y sus principales usos.

En una segunda instancia, se desarrollará –brevemente- un análisis histórico sobre la TMI desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, para luego abordar las anormalidades denunciadas en la medición de la misma.

Como último se plantearán algunas limitaciones del indicador, como son las omisiones en los registros de nacimientos y muertes infantiles. Asimismo, se enunciarán algunas líneas que se están trabajando para subsanar estos inconvenientes y los puntos que se deben seguir desarrollando para el cuidado y protección de la salud infantil y colectiva.

Se consultaron fuentes secundarias como estadísticas e informes oficiales, aunque se posee la limitación de no contar con datos alternativos. El debate del caso tucumano en los periódicos es utilizado como disparador para el abordaje de esta problemática, ya que no se realizaron entrevistas en profundidad, las cuales fortalecerían el análisis sobre la misma.

### **III. Caracterización de la Tasa de Mortalidad Infantil<sup>2</sup>**

**La Tasa de Mortalidad Infantil -TMI-** relaciona las defunciones de niños menores de 1 año, ocurridas durante un año, y el universo de nacidos vivos registrados en ese periodo. Suele expresarse por mil unidades; es decir, indica las defunciones de menores de un año cada 1000 nacidos vivos en un año.

La 3ª Asamblea Mundial de la Salud (1950) recomienda que la diferencia entre un “nacido vivo” y una “muerte fetal” es la “presencia o ausencia de cualquier signo de vida en el producto de la concepción, una vez separado del seno materno, sin tomar en cuenta condiciones de viabilidad (prematuridad, peso y talla del recién nacido, etc.)” (Elizaga, 1979:67).

El registro estadístico de Argentina sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual afirma que nacido vivo es “la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo” (Ministerio de Salud de la Nación, 2008:13).

---

<sup>2</sup> La caracterización de la TMI se ha obtenido del libro de Juan Elizaga “Dinámica y Economía de la Población”.

La TMI puede desagregarse en **la tasa de mortalidad neonatal** (ocurrida en los 27 días de vida extrauterina), y **la tasa de mortalidad postneonatal** (entre los 28 y 365 días de vida extrauterina). Las causas de la mortalidad infantil varían según el momento de ocurrencia de la misma: en el caso de los menores de 28 días se imponen motivos relacionados con condiciones congénitas, sanitarias (relacionada con factores socioeconómicos) como la salud de la madre, los controles periódicos del embarazo, la atención del parto y de la supervivencia del/la niño/a, luego del nacimiento, en los primeros días. En la mortalidad postneonatal cobran aún mayor relevancia las condiciones socio-económicas y ambientales. Las defunciones por causas exógenas son las más factibles de ser evitadas mediante intervenciones sanitarias (atención médica, nutrición apropiada, etc.). Cuando la mortalidad infantil se mantiene baja, el nivel de mortalidad neonatal tiende a ser más alto que el postneonatal, y consecuentemente, más resistente al descenso.

La variación de la mortalidad en función de la edad se relaciona estrechamente con la incidencia de **las causas de muerte**. Como ya se mencionara, las causas de naturaleza endógena son las más frecuentes en las edades extremas de la vida. Durante el 1º año (sobre todo en la 1ª semana de vida), el riesgo de muerte depende -en gran parte- de las condiciones de vida intrauterina. Luego de los primeros meses, y durante los primeros 5 años, la exposición al ambiente repercute sobre las potenciales causas de fallecimiento; en este sentido, entran en juego la higiene, la contención, la calidad de la alimentación, el control sobre las enfermedades infecciosas y parasitarias, y la atención médica adecuada.

Cuando se representan en un gráfico la tasa de mortalidad por edad de la población - independientemente de la época y del país- se obtiene una distribución similar: la mortalidad es elevada en los extremos de la vida.

Las fuentes de datos para el estudio de la mortalidad infantil provienen del **Sistema de Estadísticas Vitales (EV)**; éste supone el registro legal, continuo y permanente de los hechos vitales: defunciones, nacimientos, matrimonios, etc., a lo largo de todo el territorio.

El registro de estos hechos se lleva a cabo en los “**Registros Civiles**”, y tiene finalidades estadísticas como jurídicas; entre ellas sobresalen el:

- *Registro de nacimientos*: garantiza el derecho a la identidad, a la ciudadanía, entre otros.
- *Registro de defunciones*: garantiza el derecho a la herencia, subsidios familiares, entre otros.

Entre los usos de las estadísticas vitales se deben destacar:

- La constitución de un insumo fundamental para los análisis demográficos, base para la planificación social y económica (tasa de crecimiento poblacional, evolución de la natalidad y la mortalidad, proyecciones poblacionales, etc.).
- La confección de indicadores para mensurar la calidad de vida de una población, así como evaluar el impacto de políticas públicas implementadas (se destacan la TMI y la esperanza de vida al nacer).
- La importancia para la investigación en salud y el monitoreo de políticas sectoriales.
- La evaluación del grado de omisión en los Censos poblacionales.

La confección de las EV es responsabilidad del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (1968), este organismo tiene la prerrogativa de trazar las normativas y procedimientos para la recolección, codificación, consistencia y grabación de los datos. En Argentina se elaboran EV sobre nacimientos, defunciones y matrimonios; y las definiciones que se utilizan de las mismas son las recomendadas por la OMS (Goldberg, 1995).

A pesar de que este programa sigue los lineamientos de la OMS con los fines de garantizar la consistencia y comparación de los datos, “en nuestro país prevalece una gran heterogeneidad de procedimientos en el registro de algunos hechos vitales: principalmente se presentan divergencias en torno a las definiciones operativas de ‘nacido vivo’, ‘defunción fetal’ y ‘aborto’” (Goldberg, 1995:10).

### **Usos del indicador**

“La tasa de mortalidad infantil se utiliza como un indicador del nivel de calidad de vida de una población” (Buchbinder, 2008:212).

La TMI es una medida muy popular para medir la mortalidad, ya que es muy usada en **el discurso político**, aunque no se preste mucha atención en la instrumentación de medidas para disminuirla. Cabe mencionar que **los políticos y los medios de comunicación** celebran cada vez que la TMI disminuye, a pesar de que no se analice la calidad de los métodos con que se consiguen los datos, “(...) una porción importante de las muertes que ocurren cada año en numerosos países en vías de desarrollo ni siquiera es registrada, y en estos países, el Registro Civil es, con pocas excepciones, una fuente poco confiable, e insuficiente para el estudio de la mortalidad. La cobertura geográfica no es completa, el grado de omisión considerable y diferencial” (Macció, 1977:657)

Esta tasa es uno de los indicadores de salud más utilizados en análisis situacionales de dicho sector, ya que es usada por “razones estratégicas y políticas como indicador del estado de salud de la población” (OPS, 2001:4).

“La integridad y la calidad de las estadísticas de natalidad y mortalidad infantil son básicas para cuestiones esenciales como la planificación y la programación sanitaria y la utilización eficiente de los recursos, a partir de decisiones basadas en información precisa” (OPS, 2008:13). En este sentido, orienta directrices para la planificación e implementación de políticas sociales, en este caso, específicamente de salud.

“La TMI mide específicamente el riesgo de muerte en los niños desde el nacimiento hasta que han cumplido un año, pero se ha convertido además en un indicador reduccionista del nivel sanitario general de las poblaciones, y en un sentido más amplio en indicador del buen funcionamiento y la equidad que existen en las mismas” (Escudero y Massa, 2007:250).

El deterioro sanitario no es medido en la Argentina pero el descenso absoluto de la TMI es difundido por los funcionarios año tras año, sin ser compararlo con lo que sucede en los países europeos y latinoamericanos en desarrollo. Se debe hacer notar que el gran problema de trabajar con tasas es que enmascaran la muerte de personas concretas<sup>3</sup>.

El uso propagandístico de la TMI no siempre implica una adecuada interpretación de sus determinantes, supuestos e implicancias, desconociendo la íntima relación que existe entre esta tasa y las características del sistema sanitario. Usualmente no se evalúan ni la calidad de los datos ni el funcionamiento del sistema de EV de la jurisdicción que se estudia (Alazraqui, Arakaki, Calvelo y Spinelli, 2000).

Otro elemento a considerar es su impacto sobre la esperanza de vida. Organismos internacionales como la OMS, PNUD consideran la TMI como indicador del grado de desarrollo de un país (el PNUD en su IDHA incluye la TMI para el cálculo del índice de esperanza de vida).

Los “Objetivos del Milenio” constituyen un marco desde donde se promueven acciones para abordar las carencias de los sectores más vulnerables. Ellos establecen metas a ser logradas en el año 2015, particularmente se plantea en 4º lugar la reducción de la TMI<sup>4</sup>.

En esta línea, el Banco Mundial efectuó un diagnóstico de la situación sanitaria Argentina y publicó el documento 26144/03, donde destaca el crecimiento de la mortalidad

---

<sup>3</sup> Se debe aclarar que es necesario trabajar con tasas, ya que no es posible hacerlo con valores absolutos. Por ejemplo: No es igual decir que murieron 100 chicos sobre una población de 1 millón de personas que sobre una población de 50 mil personas.

<sup>4</sup> En el caso de la Argentina, para el 2015 habría que reducir la tasa en dos tercios, y la brecha entre las provincias más pobres un 20%.



infantil como punto más importante a resolver. La entidad bancaria propuso entonces que “el cuidado de la salud de la población más pobre y vulnerable esté a cargo de las provincias” (Crítica, 10 de junio de 2008). Sobre esta base, la gestión del Dr. Gines González García en el Ministerio de Salud de la Nación concibió el denominado Plan Federal de Salud, cuyo objetivo más urgente fue la puesta en marcha de un “seguro materno infantil que garantice una drástica reducción de los indicadores sanitarios” (Crítica, 10 de junio de 2008).

#### IV. Mortalidad Infantil en Argentina: un recorrido histórico

“A nivel mundial se ha logrado descender la TMI a menos de cinco muertes por cada mil nacimientos, esto significa que cada mil niños que nacen, novecientos noventa y cinco van a llegar con vida a su primer cumpleaños” (Escudero y Massa, 2007:265); sin embargo, estos autores aclaran que esto se ha logrado sólo en algunos países, que representan el 8% de la población mundial. La consecuencia de esto son cifras de esperanzas de vida al nacer muy altas, que no se hubieran imaginado hace medio siglo.

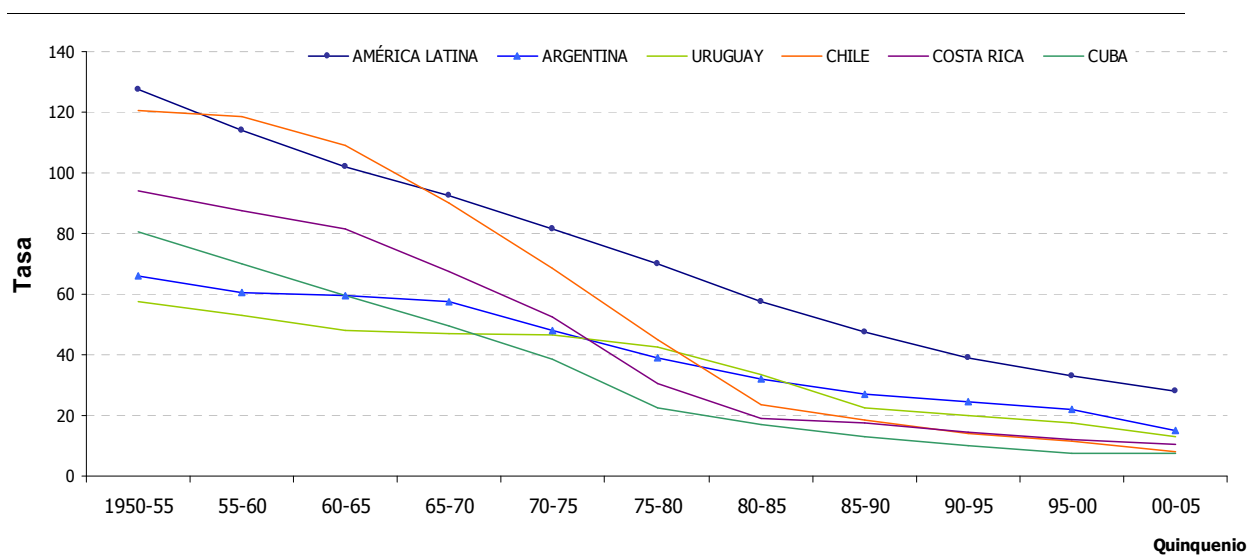
En el siguiente cuadro se presenta la evolución de la TMI en Argentina y en América Latina durante la segunda etapa del siglo XX, en este punto se debe aclarar que el principal problema de las estadísticas generadas por los sistemas de atención médica es “(...) la dificultad futura, en función de la crisis económico-político imperante, de que sus servicios, y por consiguiente, sus datos, sólo cubren a una fracción afortunada en la población de un país” y del mundo en general (Escudero, 1980:109).

**Tabla N°2.** Tasas de Mortalidad Infantil por quinquenio en Argentina y América Latina. 1950-2005.

QUINQUENIO	AMÉRICA LATINA	ARGENTINA	URUGUAY	CHILE	COSTA RICA	CUBA
1950-1955	127,7	65,9	57,4	120,3	93,8	80,6
1955-1960	114,2	60,4	53	118,3	87,7	69,9
1960-1965	102,1	59,7	47,9	109	81,3	59,4
1965-1970	92,3	57,4	47,1	89,9	67,7	49,7
1970-1975	81,7	48,1	46,3	68,6	52,5	38,5
1975-1980	69,8	39,1	42,4	45,2	30,4	22,5
1980-1985	57,5	32,2	33,5	23,7	19,2	17
1985-1990	47,6	27,1	22,6	18,4	17,4	12,9
1990-1995	39,2	24,4	20,1	14,1	14,5	10
1995-2000	33	21,8	17,5	11,5	11,8	7,5
2000-2005	28	15	13,1	8	10,5	7,3

FUENTE: Elaboración propia en base a INDEC-CEPAL-CELADE (2004)

**Gráfico N° 1:** Tasas de Mortalidad Infantil por quinquenio en Argentina y América Latina. 1950-2005.



FUENTE: Elaboración propia en base a INDEC-CEPAL-CELADE (2004)

Estos datos corresponden al valor estimado de la TMI en cada quinquenio del período histórico de la proyección, son comparativamente adecuados y deben contemplar los ajustes por corrección de la omisión en el registro de los hechos vitales que afecta a las defunciones infantiles. Este trabajo no se propone comparar la situación latinoamericana, sino que hace referencia a la misma como marco para vislumbrar y debatir sobre la situación Argentina.

En consecuencia, para comprender este descenso es necesario exponer algunos hechos de la situación sanitaria histórica en Argentina:

A comienzos del Siglo XX, la población sufría graves problemas de salud: la tuberculosis, el paludismo, la fiebre amarilla, el mal de chagas, la mortalidad infantil, la mortalidad general, la anemia, la desnutrición y los faltantes de alimentación llegaban a cifras alarmantes y se convertían en una verdadera aberración social.

Hasta 1945 coexistieron distintos tipos de servicios y prestadores, que actuaban de forma superpuesta y poco organizada (mutuales, beneficencia, privados); el Estado no organizaba al sistema, sino que se encarga de velar por la higiene pública, la sanidad de frontera y del medio para el control de epidemias. En esta etapa, la salud era considerada fundamentalmente como responsabilidad individual, de las municipalidades o de la caridad. Recién en 1945 se empezó a vivir un incipiente progreso que no alcanzaba para paliar el hambre, la desnutrición y el atraso social en que vivían millones de argentinos. La situación

nacional se caracterizaba por la desfinanciación del Estado Nacional y la mala redistribución presupuestaria que se visualizaba en el sector salud en el déficit de camas y de hospitales, defectuosa distribución, falta de personal técnico, bajas remuneraciones, desabastecimiento en rubros esenciales, ausencia de sistemas administrativos, inexistencia de seguros sociales y de regímenes previsionales.

En mayo de 1946 se creó la Secretaria de Salud Pública de la Nación (que adquiere rango de Ministerio a partir de 1949), sepultando a las caducas estructuras del Departamento Nacional de Higiene. Entre 1945 y 1955, el modelo fue el de “Planificación estatal centralizada” (Katz, Arce y Muñoz, 1993): se impuso la idea del Estado como “planificador hegemónico” de todos los servicios y prestaciones de salud. Los establecimientos públicos que anteriormente estaban bajo responsabilidad de las sociedades benéficas fueron nacionalizados.

Si bien se mantuvo el carácter plural del sistema y la preeminencia del Estado, este último se constituyó como un híbrido institucional, en palabras de Lo Vuolo. De esta manera, el problema sanitario se incorporó al ámbito de la política pública en “*un proceso caracterizado por la presencia de tensiones entre particularismo y universalismo*” (Lo Vuolo y Barbeito, 1998; 118)

Esta situación no respondía solamente a la coyuntura local, sino que había un contexto internacional de mayor participación del Estado en la planificación de los servicios sanitarios: en el mundo se empezó a hablar de derecho a la salud y universalización de la cobertura. En esta etapa se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup>. En mayo de 1948 la OEA proclamó la *Declaración Americana De Los Derechos y Deberes del Hombre*, y en diciembre del mismo año las Naciones Unidas sancionaron la *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Ambos tratados internacionales incluyeron en sus artículos que establecían el derecho a la salud y a la atención médica.

Para retomar con la tabla N°2 y el gráfico N°1 se debe destacar que, con el avance del sistema de salud de protección a la población entre 1945 y 1950 se consiguió que la TMI Argentina bajara de 127,7 a 65,9. Este rápido descenso colocó a la Argentina en el segundo lugar de la TMI más baja de América Latina -detrás de Uruguay- desde 1950 hasta mediados de la década del '60.

---

5 “En junio de 1948, delegados procedentes de 53 de los 55 Estados Miembros originales de la OMS celebraron la primera Asamblea Mundial de la Salud. Decidieron que las principales prioridades de la OMS serían el paludismo, la salud materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental, en muchas de las cuales seguimos trabajando hoy en día. Desde entonces, la labor de la OMS se ha ampliado para abarcar también problemas sanitarios que ni siquiera se conocían en 1948, incluidas enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA” (OMS, 2006; 4)

Cabe destacar que la TMI desciende más rápidamente cuanto más elevado es el punto de partida; esto se debe principalmente a la disminución de la tasa de mortalidad postneonatal debido a la instrumentación de políticas sanitarias y desarrollo tecnológico en salud.

Estos datos se modificaron en la década del `70 y `80, cuando Argentina pasó a ubicarse en el cuarto lugar, y en la década del `90 cuando descendió al sexto. Este deterioro en el posicionamiento argentino se relacionó -entre otras causas- con la implementación de políticas de corte neoliberal (el sistema de atención de salud estatal y gratuita fue desmantelándose y desfinanciándose, frente al avance de las OS y sistema de atención privado) que generaron un país más pobre y desigual.

Esto conllevó que a comienzos del nuevo siglo, Argentina (15 por mil nacidos vivos) se ubique en el quinto lugar latinoamericano, detrás de Cuba (7,3 por mil nacidos vivos), Chile (8,0 por mil nacidos vivos), Costa Rica (10,5 por mil nacidos vivos) y Uruguay (13,7 por mil nacidos vivos). Asimismo, en el quinquenio 2000-2005, se encuentra por debajo de Canadá (5,3 por mil nacidos vivos), Estados Unidos (7 por mil nacidos vivos), y hasta de algunos países del Caribe, Puerto Rico (10,3 por mil nacidos vivos), Barbados (10,9 por mil nacidos vivos), Antillas Holandesas (10,6 por mil nacidos vivos), Trinidad y Tobago (14,1 por mil nacidos vivos), Guyana Francesa (14,3 por mil nacidos vivos), Santa Lucía (14,8 por mil nacidos vivos). (Escudero y Massa, 2007).

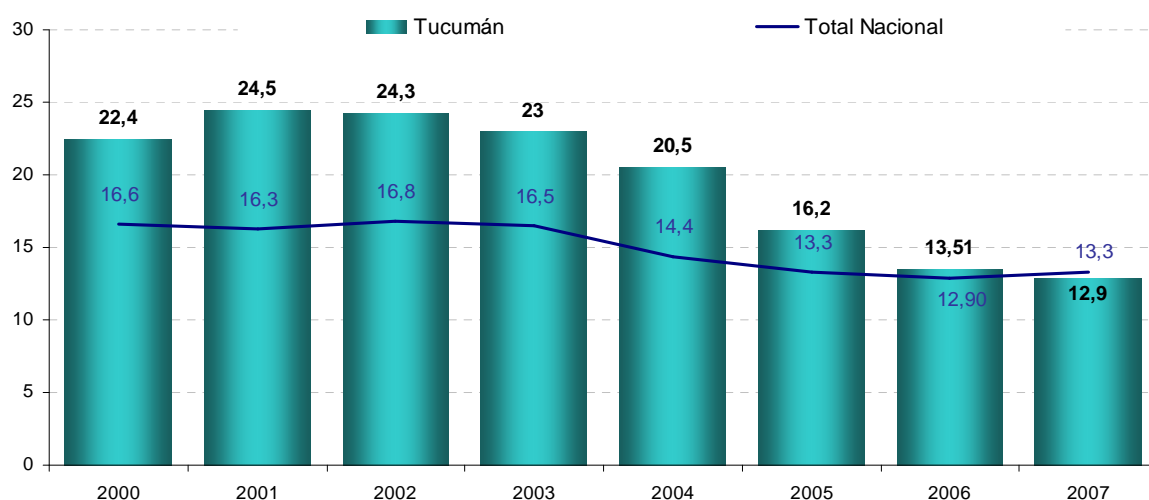
Como afirmó Escudero en el diario Crítica “si hoy tuviéramos la tasa de mortalidad infantil de Cuba ahorraríamos por año más de 5.000 muertes infantiles que podrían no haber ocurrido; si tuviéramos la de Chile, ahorraríamos casi 5.000; si la de Costa Rica, 3.000”. (Escudero. En Crítica: 10 de Junio de 2008).

## **V. La Actualidad: ¿Estadísticas Falaces?**

¿Es ficticio el descenso de la TMI? ¿Los debates mediáticos sobre las estadísticas de la TMI son correctos? ¿Qué se podría mejorar a nivel de medición para contar con estadísticas fidedignas? ¿Cuál es la verdadera situación sobre la mortalidad infantil en Argentina? ¿Cómo producir un cambio transformador?

En varios medios de comunicación se ha proclamado y alabado el “Milagro Tucumano” del descenso de la mortalidad de 24,5 a 13,5 por cada mil nacidos vivos desde 2001 a 2006. Los gráficos N°2 y N°3 muestran cómo ha evolucionado la TMI en Tucumán respecto al total nacional, y la relación en esta provincia entre mortalidad neonatal y postneonatal.

**Gráfico N°2:** Evolución de la TMI, para la provincia de Tucumán y el total nacional.  
Años 2000-2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de MSAL.

Como ya se mencionara, es más fácil actuar sobre la tasa de mortalidad postneonatal que la neonatal debido a sus causas, sobre todo cuando se parte de una TMI elevada. Lo sorprendente del caso de Tucumán es que en pocos años se habría logrado actuar fuertemente sobre ambas.

**Gráfico N° 3:** Evolución de la TM neonatal (NN) y postneonatal (PNN). Tucumán.  
Años 2000-2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de MSAL

Ante esta *notoria evolución* surgen las denuncias sobre el registro de los nacidos vivos menores de 500 gramos que son registrados como defunciones fetales o egresos por abortos, lo cual hace descender artificialmente la TMI. Las mismas despiertan la sospecha sobre la violación de normas internacionales establecidas por la OMS y la OPS en lo que respecta a las inscripciones de los hechos vitales.

**Las definiciones internacionales** de ‘nacido vivo’, ‘muerte infantil’ y ‘muerte fetal’ son categóricas y no dejan lugar a la ambigüedad, aunque sólo sí lo dejan para la manipulación y el engaño, para la “rutina mentirosa administrativa” de pasar una muerte infantil como muerte fetal.

“En muchas provincias argentinas los nacimientos y las muertes infantiles ocurren en unos pocos hospitales públicos, los únicos que atienden a las familias pobres, donde las muertes infantiles son frecuentes. Resultado de todos estos engaños es que pueda publicitarse el ficticio descenso de la mortalidad infantil ya que muchas de esas muertes pasan a catalogarse como fetales. Las estadísticas de mortalidad infantil las lee todo el mundo, a las de muerte fetal no las lee casi nadie” (Escudero. En *Crítica*: 10 de Junio de 2008).

Más allá de la veracidad de la denuncia, lo cierto es que la información publicada por el Ministerio de Salud parece ratificar esta última aseveración. “Los informes de la DEIS afirman que ‘en algunas jurisdicciones como Tucumán se observa una disminución de la cantidad de nacidos vivos y, consecuentemente, de las defunciones infantiles con peso al nacer inferior a 1.000 gramos, a la vez que se registra un aumento de las defunciones fetales’. Los datos relevados indican que en 2006, la tasa de mortalidad fetal de Tucumán triplicó la nacional: alcanzó el 23,6 por mil, mientras que a nivel nacional sólo llegó a 8,7” (*Crítica*, 9 de junio de 2008). En el año 2007, la tasa de mortalidad fetal para el total país es de 8.3 mientras que en esta provincia es del 20.4 (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

Al observar las estadísticas oficiales de mortalidad fetal (MSAL), se destaca que Tucumán es la única provincia que presenta una tendencia ascendente entre los años 2000-2005. Mientras que en el año 2000 se registraron 323, en el año 2005 ascendió a 745 (un incremento del 131%). Esta tendencia contrasta con lo sucedido en las provincias de Catamarca y Chaco, que presentaron una tendencia con altibajos hasta el 2003 y luego adquirieron una directriz descendente.

Ante estas denuncias, la directora del hospital “Nuestra Señora de las Mercedes” de Tucumán respondió que: “En la Argentina nadie se banca los éxitos y hemos llevado a cabo una gestión exitosa en la tarea de reducir la mortalidad neonatal (...) no tenemos nada que ocultar” (*Crítica* 10 de junio de 2008). ¿Es un éxito o es una falacia estadística?

La responsabilidad se encuentra dividida entre los ámbitos estadísticos y donde se genera la información. La incógnita es saber si lo denunciado en el caso de Tucumán, representa o no a las demás provincias argentinas.

Más allá de las graves denuncias, este caso pone en discusión la importancia social de la información; cobran relevancia las estadísticas sociales y sanitarias, en particular de las que hacen referencia a la mortalidad infantil. Como ya se mencionara, esta información es fundamental para evaluar la calidad de vida de la población, la planificación social, y la evaluación del impacto de políticas públicas implementadas, ya que éstas deberían aplicarse para disminuir la pobreza y la desigualdad, las verdaderas causantes de la mortalidad infantil y de la mortalidad en general.

## **VI. Mejoras y retrocesos en la salud colectiva**

Para concluir, es necesario reflexionar sobre las medidas sanitarias que se han implementado en los últimos años para mejorar la salud colectiva; así como enunciar las limitaciones y las omisiones que se realizan en los registros de salud en Argentina.

Antes de continuar, se debe recordar que los datos estadísticos sólo poseen sentido en el marco de una decisión política “táctica y estratégica” de modificar el sistema, que implique un verdadero cambio significativo para la situación social-sanitaria. La duda sería ¿hay que modificar el sistema de recolección de información para mejorar al sector de la salud o solamente a partir de mejorarlo, se podrá implementar un sistema fidedigno estadístico?

Siguiendo esta lógica es que vale la pena nombrar algunas de **las medidas sanitarias específicas para luchar contra la mortalidad infantil**, las cuales han mejorado a lo largo del Siglo XX y **deberían seguir perfeccionándose** para el beneficio de los sectores más vulnerables de la Argentina:

- La aplicación de la estrategia sanitaria de atención primaria de salud, ofrecida dentro de un sistema de salud universal y desmercantilizado: se debe ampliar la red de cobertura, la mejora administrativa y edilicia de la atención pública de salud.
- La atención y el control de las madres embarazadas, junto con el seguimiento sanitario de los niños recién nacidos.
- La prevención de enfermedades como la anemia y la desnutrición crónica.
- La provisión de agua potable de red en todas las casas.
- La disponibilidad de medicamentos esenciales de manera gratuita.

- La búsqueda de estrategias para evitar el hacinamiento y asegurar la calidad sanitaria de las viviendas.

Con respecto a **las medidas aplicadas**, y que se podrían aplicar, para fomentar **la inscripción de los nacimientos y defunciones se deben destacar:**

- La entrega gratuita del Documento Nacional de Identidad (DNI), dado que entre las causas centrales de la omisión de los nacimientos y de las defunciones infantiles se encuentra el arancelamiento de los DNI.

Es necesaria la extensión en el tiempo de los Decretos 1174/2001 y 262/2003 que fijan la entrega de DNI gratuitamente a los niños/as de 0 a 6 meses, nacidos territorio nacional. Asimismo, sería útil adoptar la misma medida para niños/as mayores de seis meses que no han sido inscriptos. También se debe trabajar sobre la documentación de los mayores, ya que entre las causas de no anotar la muerte infantil se señala la falta de documentación de los padres.

- La permanencia en las salas, maternidades, hospitales, etc. de personal de los Registros Civiles para que aseguren el registro de nacimientos y defunciones (con su trámite correspondiente).
- La implementación y el desarrollo de programas nacionales y provinciales de estadísticas de salud que sigan los lineamientos establecidos por la OMS / OPS, a fin de garantizar la integridad y la comparación de los datos. Para ello se debe, mantener el procesamiento de datos estadísticos y los registros permanentemente actualizados, promover y capacitar al personal del área y difundir y publicar la información actualizada de todo el país.

Con respecto a **las limitaciones y a las omisiones** es necesario señalar la importancia de:

- La unificación en los procedimientos que registran los hechos vitales, para que no haya más heterogeneidad ni divergencias; puesto que las definiciones de ‘nacido vivo’, ‘defunción fetal’ y ‘aborto’ no dan lugar a tergiversaciones, sólo deben ser aplicadas sin ambigüedades por los funcionarios correspondientes.
- El control sobre la inscripción de las muertes neonatales (de bajo peso o corta edad gestacional) como defunciones fetales.



- El registro y unificación de los términos en los libros de: “Partos”, “Obstetricia”, “Neonatología”, “Defunciones” y “Morgue” (OPS, 2008).
- La disminución de los registros tardíos, o sea las inscripciones a los nacimientos seguidos de muerte -o su explícita diferenciación- después del año de ocurrencia legal, ya que distorsiona el número de nacidos vivos, sobre los que se calcula la TMI.
- La investigación de las estadísticas de defunciones infantiles porque “adolecen de errores de integridad superiores que los de las estadísticas de muertes de mayores de un año (...) La integralidad es más baja en las muertes neonatales, lo cual se explicaría, a parte de la confusión con los mortinatos, por las prácticas seguidas en las regiones rurales apartadas donde muchos niños de corta edad no son inhumados en cementerios públicos y, por consiguiente, no se cumple con el requisito del registro” (Elizaga, 1979:67).

Para finalizar, es central examinar la importancia política que posee la disminución de la TMI en Argentina en la época electoral para ganar la confianza de los votantes; en dichos momentos, hay que preguntarse sobre **la necesidad de tener un sistema de salud universal, desmercantilizado, de acceso gratuito, con buen financiamiento y con oferta del Estado Nacional para todas las provincias.** Es trascendental analizar la relación directa y determinante entre la TMI y las características del sistema sanitario, ya que no sólo es reflexionar sobre la vida y la muerte de los recién nacidos, sino también sobre **la calidad de vida de todos los argentinos.**

## VII. Fuentes bibliográficas:

- ✓ Alazraqui, M.; Arakaki, J.; Calvelo, L. y Spinelli, H. (2000). “Mortalidad Infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de Buenos Aires en 1980”. OMS-OPS. Buenos Aires.
- ✓ Buchbinder, N (2008): “Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal”. Arch Argent Pediatr; 106: 212-218. Buenos Aires.
- ✓ Celton, D. y Ribotta, B. (2004): “Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX”. En: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_alap/PDF/ALAP2004\\_390.PDF](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_390.PDF)
- ✓ CIA (2008): “Ranking mundial de Tasa de Mortalidad Infantil”. En: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank.html>
- ✓ Elizaga, J.C. (1979): “Dinámica y Economía de la Población”. CELADE, Santiago de Chile.
- ✓ Escudero J.C. y Massa, C. (2007): “Cifras del Retroceso: El Deterioro Relativo de la Tasa de Mortalidad Infantil de Argentina en la Segunda Mitad del Siglo XX”. Revista Salud Colectiva, Buenos Aires.
- ✓ Escudero, J. C (1980): “Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina”. Revista Latinoamericana de Salud. N°1. México.
- ✓ Goldberg, M. (1995): “Las estadísticas vitales en la Argentina”, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Cátedra de Demografía Social, Serie Materiales Didácticos, Doc. N° 1.
- ✓ INDEC-CEPAL-CELADE (2004): “Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad. 1950-2005”. INDEC. Buenos Aires.
- ✓ Lo Vuolo, R. (1998): “La nueva oscuridad en la política social. Del estado populista al neoconservador”. Ciepp/Miño y Dávila. Buenos Aires.
- ✓ Maccio, G. (1977): “Métodos de recolección y de análisis de datos en materia de mortalidad”. XVIII Conferencia General de Población. Unión Internacional para el estudio científico de la población. IUSSP/P657/001.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2008): “Estadísticas Vitales- Información básica Año 2007”. MSAL, Buenos Aires.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2007): “Estadísticas Vitales- Información básica Año 2006”. MSAL, Buenos Aires.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2007): “Indicadores básicos: Argentina, 2007”. MSAL. Buenos Aires.

- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2007): “Indicadores de salud seleccionados. República Argentina –Años 2000 a 2005”. MSAL. Buenos Aires.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2008): “Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia. Argentina, Año 2006” en Boletín 118. MSAL. Buenos Aires.
- ✓ Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (julio de 2008): “Análisis de las estadísticas de Mortalidad Infantil en la Provincia de Tucumán”. Informe presentado en <http://www.msptucuman.gov.ar>
- ✓ OPS (2001): Desigualdades en la Mortalidad Infantil en la Región de las Américas: Elementos Básicos para el Análisis. En Boletín Epidemiológico, Vol. 22, No. 2. [http://www.paho.org/Spanish/SHA/BE\\_v22n2.pdf](http://www.paho.org/Spanish/SHA/BE_v22n2.pdf)
- ✓ OPS (2008): “Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles. Magnitud, desigualdades y causas”. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina.

#### **Fuentes Periodísticas:**

Crítica, 09 de junio de 2008: “Un dibujo macabro para la estadística oficial”.

Crítica, 10 de junio de 2008: “Más muertes infantiles en 2007”. “El sistema de Perón Carrillo”.

Crítica, 14 de junio de 2008: Mala noticias para los recién nacidos.

Clarín, 10 junio de 2008: Preocupación por registros de muertes infantiles.

Página 12, 17 de agosto de 2008: Mortalidad Infantil, Hospitales y Obras Sociales.