

## Mortalidad neonatal en Argentina. Análisis de situación de 2005 a 2014

### Neonatal mortality in Argentina. Situation analysis from 2005 to 2014

Dra. Juliana Z. Finkelstein<sup>a</sup>, Dra. Mariana Duhau<sup>a,b</sup>, Dra. María L. Fasola<sup>b</sup> y  
Lic. Paola Escobar<sup>b</sup>

#### RESUMEN

**Introducción.** La mortalidad neonatal (MN) comprende las defunciones ocurridas los primeros 27 días de vida. Es el componente de la mortalidad infantil que disminuyó menos en los últimos 50 años. El objetivo fue analizar la evolución y las características de la MN en Argentina.

**Población y métodos.** Estudio descriptivo, ecológico de MN en Argentina entre 2005 y 2014, en el que se analizaron la evolución, las causas y la importancia de la prematuridad y el bajo peso al nacer. Se utilizaron registros de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

**Resultados.** La tasa de mortalidad neonatal descendió 19,2% (2005: 8,9‰; 2014: 7,2‰); su componente precoz (de 0 a 6 días), 20% (2005: 6,5‰; 2014: 5,2‰); y el tardío (de 7 a 27 días), 13% (2005: 2,3‰; 2014: 2‰). Las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas fueron la causa de más del 95% de las defunciones neonatales en el período. El peso relativo de las primeras disminuyó; el de las segundas aumentó. Los nacidos vivos pretérmino y con bajo peso presentaron mayor riesgo de muerte neonatal. Se observó menor descenso de la tasa de mortalidad neonatal específica cuanto menor era la edad gestacional y el peso al nacer.

**Conclusión.** En los últimos 10 años, se observó un importante descenso en la MN. Las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas fueron la causa de casi todas las defunciones en este grupo etario. La MN estuvo asociada al bajo peso al nacer y la prematuridad.

**Palabras clave:** mortalidad neonatal, recién nacido de bajo peso, prematuro, causas de mortalidad.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.343>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.343>

**Cómo citar:** Finkelstein JZ, Duhau M, Fasola ML, et al, Mortalidad neonatal en Argentina. Análisis de situación de 2005 a 2014. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(4):343-349.

- a. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.  
b. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación.

Correspondencia:  
Dra. Juliana Z. Finkelstein:  
julianazofinkelstein@hotmail.com

Financiamiento:  
Ninguno.

Conflicto de intereses:  
Ninguno que declarar.

Recibido: 13-10-2016  
Aceptado: 12-1-2017

#### INTRODUCCIÓN

La mortalidad neonatal comprende las defunciones ocurridas los primeros 27 días de vida. Es el componente de la mortalidad infantil más difícil de disminuir y, por ello, es denominado "mortalidad dura".<sup>1</sup>

En Argentina, en los últimos 50 años, se constató un descenso en la tasa de mortalidad infantil (TMI) de 81,4%, mientras la tasa de mortalidad neonatal (TMN) descendió 71,8%<sup>1,2</sup> (Figura 1). Un alto porcentaje de las defunciones neonatales continúan siendo reducibles.<sup>1,3</sup>

La prematuridad y el bajo peso al nacer han sido relacionados con las defunciones neonatales, así como con una importante carga de enfermedad, con alta prevalencia de complicaciones a largo plazo.<sup>4,5</sup>

El desarrollo de los servicios de neonatología en Argentina a partir de la década del ochenta, junto con los adelantos científicos y tecnológicos, que incluyeron la incorporación de los respiradores de alta frecuencia y del surfactante, contribuyeron al descenso de la mortalidad neonatal.<sup>3</sup>

Actualmente, los centros de alta complejidad en Argentina disponen de los recursos para diagnosticar y tratar la mayoría de los problemas de salud de los nacidos vivos. Sin embargo, aún se asisten partos en efectores de salud que no cuentan con las condiciones mínimas para atender una eventual complicación relacionada con el nacimiento.<sup>6</sup>

El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución en los últimos 10 años y las características de la mortalidad neonatal en Argentina.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo ecológico de la mortalidad neonatal en Argentina sobre la base de los *Anuarios de Estadísticas Vitales*, que publicó la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). La última publicación disponible correspondió al año 2014.

Se analizaron datos de todos los nacidos vivos y todas las defunciones neonatales (subdivididas en dos componentes: precoces y tardías) ocurridas en Argentina.

La mortalidad neonatal comprendió las defunciones hasta los 27 días de vida. La tasa de mortalidad neonatal (TMN) relacionó las defunciones neonatales durante un año con el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año y se expresó por 1000 nacidos vivos.<sup>4</sup>

La mortalidad neonatal estuvo compuesta por la mortalidad neonatal precoz (entre el nacimiento y los primeros 6 días de vida) y la neonatal tardía (entre los 7 y los 27 días de vida).

La tasa de mortalidad neonatal precoz (TMNp) y la tasa de mortalidad neonatal tardía (TMNt) se calcularon relacionando las defunciones de cada grupo de edad con los nacidos vivos y se expresaron por 1000 nacidos vivos.

Se analizó la evolución entre 2005 y 2014 de la TMN y sus componentes y la estructura de causas de la mortalidad neonatal. De los principales grupos de causas, se analizó el porcentaje de cada

causa desagregada. Se analizó la evolución de los porcentajes de nacimientos y defunciones según la edad gestacional al nacer (EGN) y según el peso al nacer (PN) y el riesgo específico de muerte en cada grupo.

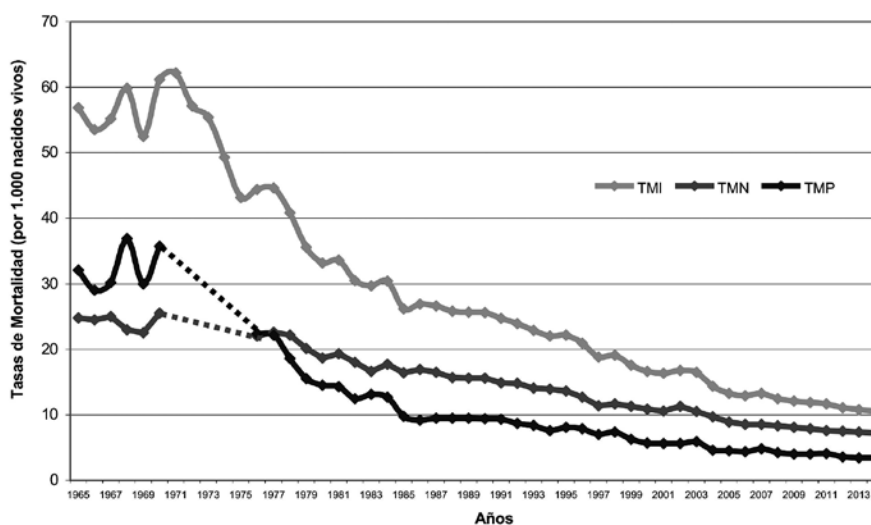
Se consideraron *nacidos vivos de término* aquellos con 37 semanas o más de EGN; *pretérmino*, cuando presentaban menos de 37 semanas de EGN; y *nacidos vivos muy prematuros y prematuros extremos* (MPyPE), aquellos con menos de 32 semanas de EGN.<sup>7</sup> El riesgo de muerte en cada grupo de EGN se midió como TMN específica, relacionando las defunciones según la EGN con los nacidos vivos con la misma EGN, expresada por 1000 nacidos vivos.

Se consideraron *nacidos vivos de peso suficiente al nacer* aquellos cuyo PN fue 2500 g o más; *bajo peso al nacer* (BPN), cuando el peso fue menor a 2500 g; y *nacidos vivos con muy bajo peso al nacer* (MBPN), aquellos con menos de 1500 g.

El riesgo de muerte según el PN se midió como TMN específica, relacionando las defunciones según el PN con los nacidos vivos con el mismo PN, expresada por 1000 nacidos vivos.

Respecto de las consideraciones éticas, este trabajo tomó los datos de una fuente secundaria (*Estadísticas Vitales. Información básica*); su procesamiento por parte de la DEIS resguardó el secreto estadístico, por lo cual, para la realización de este estudio, no se requirió consentimiento.

FIGURA 1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil y según componentes. República Argentina. Años 1965-2014



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2014.

TMI: tasa de mortalidad infantil; TMN: tasa de mortalidad neonatal; TMP: Tasas de mortalidad pos-neonatal (por 1000 nacidos vivos).

## RESULTADOS

En el año 2014, se registraron en Argentina, 777 012 nacidos vivos. De ellos, 8202 fallecieron antes de cumplir un año; 5576 muertes ocurrieron durante el período neonatal; 4019 fueron neonatales precoces, y el resto, tardías.

Durante los últimos 10 años, la TMI descendió 20,3%, mientras la TMN descendió 19,2% (2005: 8,9‰; 2014: 7,2‰).<sup>1,2</sup> La TMNp disminuyó 20% (2005: 6,5‰; 2014: 5,2‰) y la TMNt disminuyó 13% (2005: 2,3‰; 2014: 2‰).

En el año 2014, la primera causa de muertes neonatales fueron las afecciones originadas en el período perinatal (68,3%), seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (28,1%) y el resto de las causas (3,6%).

En la mortalidad neonatal precoz, la primera causa fueron las afecciones originadas en el período perinatal (69,4%), seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (28,7%) y otras causas (1,9%). Y, en el caso de la mortalidad neonatal tardía, la primera causa también fueron las afecciones originadas en el período perinatal (65,4%), seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (26,7%) y otras causas (7,9%).

En los últimos 10 años, se observó una disminución del peso relativo en la mortalidad neonatal de las afecciones perinatales

(2005: 72,9%; 2014: 68,3%), mientras aumentaba el de las malformaciones congénitas (2005: 23,1%; 2014: 28,1%).

En el año 2014, las afecciones perinatales fueron la causa de 3807 defunciones neonatales (68,3%). Dentro de este grupo de causas, se observaron, en primer lugar, los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (28,5%), seguidos por la dificultad respiratoria del recién nacido (20,3%), otras afecciones respiratorias (12,1%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (12%).

En la mortalidad neonatal precoz, se observaron, también en primer lugar, los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (31,6%), seguidos por dificultad respiratoria del recién nacido (22,3%), otras afecciones respiratorias (12,8%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (8%).

En el período neonatal tardío, en primer lugar, se observó la sepsis bacteriana del recién nacido (22,7%), luego los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (20%), la dificultad respiratoria del recién nacido (15%) y otras afecciones respiratorias (9,9%) (Tabla 1).

En el año 2005, dentro de las defunciones neonatales por afecciones perinatales, la primera causa había sido la dificultad respiratoria del recién nacido (28,5%), luego otras afecciones respiratorias (12,2%), los trastornos relacionados

TABLA 1. Defunciones neonatales y sus componentes por afecciones perinatales. República Argentina. Año 2014

Causas de mortalidad	Total		Neonatales		Tardías	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ciertas afecciones originadas en el período perinatal</b>	<b>3807</b>	<b>100</b>	<b>2788</b>	<b>100</b>	<b>1019</b>	<b>100</b>
Recién nacido afectado por factores maternos y complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto	135	3,5	114	4,1	21	2,1
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	1084	28,5	880	31,6	204	20,0
Traumatismo del nacimiento	3	0,1	2	0,1	1	0,1
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	176	4,6	146	5,2	30	2,9
Dificultad respiratoria del recién nacido	775	20,4	622	22,3	153	15,0
Neumonía congénita	46	1,2	32	1,1	14	1,4
Otras afecciones respiratorias del recién nacido	459	12,1	358	12,8	101	9,9
Sepsis bacteriana del recién nacido	455	12,0	224	8,0	231	22,7
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del recién nacido	199	5,2	114	4,1	85	8,3
Resto de las afecciones perinatales	475	12,5	296	10,6	179	17,6

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2014.

con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (23,5%), seguidos por la sepsis bacteriana del recién nacido (10%).

El segundo grupo de causas de muerte neonatal en 2014 fueron las malformaciones congénitas, responsables de 1570 defunciones (28,1%). Las malformaciones cardíacas presentaron el mayor peso relativo, independientemente del intervalo de edad considerado (25,4% de las defunciones neonatales, 18% de las neonatales precoces y 45,9% de las neonatales tardías)<sup>1,3,4</sup> (Tabla 2).

En el año 2005, las malformaciones congénitas habían sido la causa de 1460 defunciones neonatales. Las malformaciones cardíacas representaron 24,9% de las defunciones neonatales, 18,4% de las neonatales precoces y 41,1% de las neonatales tardías.

En el año 2014, en Argentina, los nacidos vivos pretérmino representaron 8,4% de los nacimientos y 64,7% de las defunciones neonatales; y los nacidos vivos MPyPE representaron 1,2% de los nacimientos y 46,4% de las defunciones neonatales. El 1,3% de los informes estadísticos de nacido vivo (IENV) y 13,7% de los informes estadísticos de defunción (IED) neonatales no tenían registro del dato de EGN. El riesgo de muerte neonatal de los nacidos vivos MPyPE fue 5 veces mayor que en los prematuros y 164,8 veces mayor que en los nacidos vivos de término (Tabla 3).

Debe señalarse que estas tasas específicas solo deben ser interpretadas como una aproximación, debido al elevado porcentaje de defunciones neonatales sin registro de EGN en los IED, que podría alterar significativamente la TMN específica según la EGN.

TABLA 2. Defunciones neonatales y sus componentes por malformaciones congénitas. República Argentina. Año 2014

Causas de mortalidad	Total		Neonatales Precoces		Tardías	
	N	%	N	%	N	%
<b>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	<b>1570</b>	<b>100</b>	<b>1154</b>	<b>100</b>	<b>416</b>	<b>100</b>
Hidrocefalo congénito y espina bífida	55	3,5	46	4,0	9	2,2
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso	170	10,8	156	13,5	14	3,4
Malformaciones congénitas del corazón	399	25,4	208	18,0	191	45,9
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio	80	5,1	36	3,1	44	10,6
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas	97	6,2	69	6,0	28	6,7
Otras causas	769	49,0	639	55,4	130	31,3

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2014.

TABLA 3. Comparación del riesgo de muerte neonatal según intervalos de edad gestacional. Nacidos vivos, defunciones neonatales y tasas de mortalidad neonatal específica según intervalos de edad gestacional. República Argentina. Años 2005 y 2014

		2005	2014	Variación porcentual
Total	Nacidos vivos	712 220	777 012	9,1%
	Defunciones	6307	5576	-11,6%
	TMN (por 1000 NV)	8,9	7,2	-19,1%
< 32 semanas de edad gestacional	Nacidos vivos	7319	9240	26,2%
	Defunciones	2131	2589	21,5%
	TMNesp (por 1000 NV)	291,2	280,2	-3,8%
< 37 semanas de edad gestacional	Nacidos vivos	54 635	65 083	19,1%
	Defunciones	3099	3609	16,5%
	TMNesp (por 1000 NV)	56,7	55,5	-2,1%
≥ 37 semanas de edad gestacional	Nacidos vivos	635 616	702 022	10,4%
	Defunciones	1146	1204	5,1%
	TMNesp (por 1000 NV)	1,8	1,7	-5,6%
Sin especificar	Nacidos vivos	21 969	9907	-54,9%
	Defunciones	2062	763	-63,0%

TMN: tasa de mortalidad neonatal; NV: nacidos vivos; TMNesp: TMN específica.

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2014.

En los últimos 10 años, el número de nacidos vivos prematuros aumentó 19,1%; el de MPyPE se incrementó 26,2%; mientras la ausencia de registro de dato disminuyó 54,9%. Las defunciones neonatales de nacidos vivos pretérmino se incrementaron 16,5%; de MPyPE aumentaron 21,9%; mientras que la ausencia de registro de dato disminuyó 63% (Tabla 3).

Entre 2005 y 2014, la TMN específica en MPyPE disminuyó 3,8%; la TMN específica para los prematuros disminuyó 2,1%; mientras la TMN específica en los nacidos vivos de término disminuyó 5,6% (Tabla 3).

Con respecto al PN, en el año 2014, los nacidos vivos en Argentina con BPN representaron 7,1% de los nacimientos y 66,3% de las defunciones neonatales; y los nacidos vivos de MBPN representaron 1,1% de los nacimientos y 48,5% de las defunciones neonatales. En el mismo año, no hubo registro del PN en 0,9% de los IENV y en 11,4% de los IED neonatales. El riesgo de muerte neonatal de los nacidos vivos con MBPN fue 4,6 veces mayor que en los BPN y 182,6 veces mayor que en los nacidos vivos con peso suficiente (Tabla 4). Debe recordarse que estos valores deben ser interpretados como aproximaciones.

En cuanto a la evolución de los nacidos vivos según el PN en los últimos 10 años, el número de nacidos vivos con BPN aumentó 8,1%; el de nacidos vivos con MBPN aumentó 11,8%; mientras la ausencia de registro de ese dato disminuyó 20,6%.

Respecto a la evolución de las defunciones neonatales de nacidos vivos con BPN, se observó que disminuyeron 9,4%; la mortalidad de los nacidos vivos con MBPN disminuyó 5,4%; mientras la ausencia de registro del dato disminuyó 14% (Tabla 4).

Entre 2005 y 2014, la TMN específica para MBPN registró un descenso de 15,2%; la TMN específica para BPN, 16,3%; y la TMN específica para nacidos vivos con peso suficiente, 26,1% (Tabla 4).

El 59% de las defunciones neonatales de 2014 pudieron haberse reducido: 28,3% mediante el tratamiento adecuado y oportuno del recién nacido, 26,6% mediante el cuidado continuo durante todo el período perinatal y el resto (4,1%) correspondió a otras categorías de reducibilidad.<sup>13</sup>

No puede realizarse el análisis de la evolución de la mortalidad neonatal según los criterios de reducibilidad, ya que la clasificación fue revisada en el año 2011 en función de los adelantos en el conocimiento médico y la disponibilidad de tecnologías. La clasificación vigente entre los años 2005 y 2010 no permite comparaciones con la actual.

## DISCUSIÓN

Durante los últimos 10 años, la TMI descendió 20,3%; la TMN, 19,2%; la TMN<sub>p</sub>, 20%; y la TMN<sub>t</sub>, 13%. Las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas fueron la causa de, aproximadamente, 95% de las defunciones. El peso relativo de las primeras disminuyó mientras aumentaba el de las segundas. En la evolución de las TMN específicas

Tabla 4. Comparación del riesgo de muerte neonatal según intervalos de peso al nacer. Nacidos vivos, defunciones neonatales y tasas de mortalidad neonatal específica según intervalos de peso al nacer. República Argentina. Años 2005 y 2014

		2005	2014	Variación porcentual
Total	Nacidos vivos	712 220	777 012	9,1%
	Defunciones	6307	5576	-11,6%
	TMN (por 1000 NV)	8,9	7,2	-19,1%
< 1500 gramos	Nacidos vivos	7793	8714	11,8%
	Defunciones	2852	2705	-5,2%
	TMNesp (por 1000 NV)	366	310,4	-15,2%
< 2500 gramos	Nacidos vivos	51 024	55 182	8,1%
	Defunciones	4083	3698	-9,4%
	TMNesp (por 1000 NV)	80	67	-16,3%
≥ 2500 gramos	Nacidos vivos	661 196	714 547	8,1%
	Defunciones	1488	1245	-16,3%
	TMNesp (por 1000 NV)	2,3	1,7	-26,1%
Sin especificar	Nacidos vivos	9173	7283	-20,6%
	Defunciones	736	633	-14,0%

TMN: tasa de mortalidad neonatal; NV: nacidos vivos; TMNesp: TMN específica.

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2014.

según el PN y la EGN, se observó un descenso menor cuanto menor era la EGN y el PN.

El hecho de que la TMN haya disminuido en los últimos 10 años menos que la TMI se tradujo en el aumento de su peso relativo dentro de la mortalidad infantil, que acompañó la tendencia mundial.<sup>4</sup>

La estructura de causas de la mortalidad neonatal en Argentina fue similar a las causas de muerte durante el primer mes de vida en el mundo, donde se destacaron las afecciones perinatales, luego, las causas infecciosas (en Argentina, representaron un porcentaje marginal) y, en tercer lugar, las malformaciones congénitas.<sup>8</sup>

La dificultad en el descenso del riesgo de muerte, particularmente, entre los MPyPE y los de MBPN, parece dar cuenta de la dificultad de modificar este núcleo duro de la mortalidad neonatal, pero seguramente también resulte influida por la mejora de la calidad de los registros.

Argentina presenta porcentajes de prematuridad y BPN similares a los países desarrollados, sin embargo, los resultados del cuidado neonatal son diferentes.

En el mundo, 11% de los nacidos vivos nace con BPN.<sup>9</sup> En muchos países en desarrollo, se constatan altos porcentajes de nacidos vivos no pesados al nacer<sup>10</sup> y, a pesar de ello, se encuentran países con 16% de BPN.

En el año 2014, en Argentina, nacieron 7,1% de los nacidos vivos con BPN. Esta situación es similar a la de los países desarrollados con los registros más bajos de BPN<sup>9</sup> (Francia: 7%; Italia: 7%; y Reino Unido: 7%). Sin embargo, la TMN es mayor en Argentina que en estos países<sup>11</sup> (Francia: 2‰; Italia: 2‰; y Reino Unido: 2‰). Hay 5 países que tienen un porcentaje menor de BPN: Australia (6%), Chile (6%), Canadá (6%), Irlanda (5%) y Finlandia (4%), y todos tienen TMN menor que Argentina.

El 11% de los nacidos vivos en todo el mundo es pretérmino, con un rango entre 5% y 18% en los distintos países.<sup>7</sup> En 2014, en Argentina, este porcentaje fue 8,4%. Esta situación es similar a la de los países desarrollados (8,6%).<sup>12</sup>

En el mundo, 73% de los nacimientos son atendidos en instituciones de salud.<sup>13</sup> En Argentina, el 99,4% de los partos son institucionales, sin embargo, las condiciones para afrontar las eventuales complicaciones de un parto no son homogéneas en las distintas instituciones.

La Organización Mundial de la Salud

estableció los requisitos mínimos con los que deben contar las maternidades, denominados "condiciones obstétricas y neonatales esenciales" (CONE). En Argentina, en el año 2004, 38% de las maternidades públicas cumplían las CONE y, en el año 2009, las cumplían 44%.<sup>14</sup>

El Ministerio de Salud de la Nación, junto con UNICEF, identificaron incumplimientos en los servicios de neonatología en la planta física (48,2%), del equipamiento e instrumental (39,7%) y del recurso humano: médicos (44,1%) y enfermería (78,3%).<sup>15</sup>

El cuidado del embarazo debe ser complementado con la mejora en la identificación de riesgo; todas las maternidades deben disponer de las CONE y deben fortalecerse las redes de atención para garantizar los cuidados necesarios. El equipamiento, la disponibilidad de recursos humanos, particularmente de enfermería, resultan insumos esenciales a la hora de garantizar la calidad del cuidado neonatal.

En el año 2008, Argentina creó el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas para dar respuesta a la primera causa de defunciones neonatales por malformaciones congénitas. Sin embargo, tanto en términos absolutos como relativos, las muertes por esta causa no han disminuido, lo cual debe estudiarse con mayor profundidad en un estudio específico que dé cuenta de los resultados y el impacto del Programa. La mejora de la calidad de los cuidados pre- y posquirúrgicos de los neonatos resulta indispensable para contribuir a la disminución de la mortalidad por esta causa.

Entre las debilidades de este trabajo, debe señalarse que se analizaron datos publicados por la DEIS, provenientes del Sistema de Estadísticas Vitales, basados en los IENV e IED, y que el subregistro del evento (nacimiento o defunción) o la incorrecta identificación de la causa de muerte en los IED podrían afectar los resultados del análisis. La falta de registro de datos en los IENV y en los IED descritos, así como la inconsistencia de algunos datos que pudiera presentarse (principalmente, entre EG y PN), constituyen, además, debilidades propias de las fuentes utilizadas.

Es importante entender la relevancia del llenado adecuado y completo de todos los registros médicos, que incluyen los IENV y los IED, que son fundamentales para la definición de políticas sanitarias.

Finalmente, entre las fortalezas del estudio, puede señalarse que, debido a que más del

99% de los nacimientos en nuestro país son institucionales y que la confección simultánea de los IED y el certificado de defunción son obligatorios para la inhumación de los cuerpos, se cuenta con una muy buena cobertura de registro de estos eventos.

## CONCLUSIÓN

En los últimos 10 años, en Argentina, se constató un descenso de la TMN de 19,2% a expensas, principalmente, de la TMNp. Las causas de la mortalidad neonatal en más del 95% de los casos fueron las *afecciones perinatales* (sobre todo, las afecciones respiratorias) y las *malformaciones congénitas*. La prematuridad y el BPN estuvieron fuertemente relacionados con las defunciones en el período neonatal. ■

## REFERENCIAS

1. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2014. Buenos Aires: Diciembre 2015;5(58). [Acceso: 6 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro58.pdf>.
2. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, infancia y Adolescencia. Salud Materno Infantil. Diagnóstico de situación República Argentina, 2005-2014. Buenos Aires, 2016. [Acceso: 5 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000787cnt-lecturas-del-anuario-2014.pdf>.
3. Finkelstein JZ, Duhau M, Abeyá Gilardon E, et al. Mortalidad infantil en Argentina. 3.ª revisión de los criterios de reducibilidad. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(4):352-8.
4. Finkelstein JZ, Duhau M, Speranza A, et al. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(3):216-22.
5. Gomella T, Cunningham M, Eyal F, et al. Retardo de crecimiento intraútero (lactante pequeño para la edad gestacional). En: Gomella TL, Eyal F, Zenk K. *Neonatología*. 4.ª ed. Madrid: Panamericana; 2002. Págs.524-31.
6. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Análisis de la Mortalidad Materno Infantil. República Argentina, 2003-2012. Buenos Aires, 2014. [Acceso: 6 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis\\_mortalidad\\_materno\\_infantil\\_argentina-2003-2012.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf).
7. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012;379(9832):2162-72.
8. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385(9963):117-71.
9. Banco Mundial. World Development Indicators: Nutrition intake and supplements. [Acceso: 1 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.19>.
10. UNICEF. Tracking Progress on Chile and Maternal Nutrition. A survival and development priority 2009. New York; 2009. [Acceso: 6 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.unicef.org/publications/files/Tracking\\_Progress\\_on\\_Child\\_and\\_Maternal\\_Nutrition\\_EN\\_110309.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN_110309.pdf).
11. Banco Mundial. World Development Indicators: Mortality. [Acceso: 1 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.21>.
12. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE (eds). World Health Organization. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: March of Dimes - PMNCH - Save the Children - WHO; 2012. [Acceso: 6 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntooosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntooosoon-report.pdf).
13. UNICEF. The State of the World's Children 2016. A fair chance for every child. Junio, 2016. [Acceso: 12 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf).
14. Speranza A, Lomuto C, Santa María C, et al. Evaluación de maternidades públicas argentinas, 2010-2011. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(9):43-7.
15. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Estudio de las Muertes de Menores de 5 años en la Argentina. Buenos Aires, 2007. [Acceso: 3 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000273cnt-s15-documento-final-emma-2007-1.pdf>.