

Mortalidad neonatal en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y nuevos objetivos post-2015

Neonatal mortality in the framework of the Millennium Development Goals and new post-2015 goals

El progreso sin precedentes en la reducción a la mitad de las muertes maternas e infantiles en todo el mundo en las últimas dos décadas ha sido llamado el mayor éxito de la historia del desarrollo humano, impulsado por las prioridades mundiales de salud de los *Millennium Development Goals* (Objetivos de Desarrollo del Milenio [ODM]).¹

Sin embargo, queda inconclusa una gran agenda: las muertes en los primeros 28 días después del nacimiento, que representan más de la mitad de las muertes infantiles de menores de cinco años en la mayoría de las regiones del mundo (44% a nivel mundial), enfermedades neonatales y congénitas, que representan casi el 10% de la carga mundial de morbilidad, y la discapacidad que es cada vez más importante en los países de ingresos medios y altos.^{2,3}

Se pasará revista a las tendencias publicadas que tienen como objetivo poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos (RN) y los nacidos muertos, íntimamente vinculadas con la reducción de la mortalidad materna, y se informará el progreso de la salud del RN hasta 2012 (con énfasis en estadísticas de Argentina, que adhirió en 2000 a los ODM)⁴ y, sobre la base de análisis multinacionales y consultas de múltiples partes interesadas, se presentarán nuevas propuestas de metas 2015-2035.⁵

Globalmente, la tasa de reducción anual promedio de la mortalidad neonatal (MN) entre 1990 y 2012 (2,0%; en Argentina, 3,3%) fue mucho más baja que la de los niños menores de 5 años (3,4%) y menor que la mortalidad materna (2,6%). Para Argentina, el descenso de la tasa de MN entre 1990 y 2015 fue del 57,7%, por debajo del objetivo del ODM de disminuirla en dos tercios. Las defunciones neonatales por afecciones perinatales disminuyeron solamente 10%, mientras que las malformaciones congénitas presentaron un incremento del 64%, y "otras causas", una disminución del 38%.⁶

Un aspecto poco conocido es que 2,6 millones de *muertes fetales* (MF) anuales (la mitad aproximadamente durante el parto) permanecen invisibles, ya que no son incluidas en los mecanismos de seguimiento global, como el estudio de la carga global de la enfermedad,

reportado rutinariamente por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde registros vitales o medido rutinariamente en las Encuestas Demográficas y de Salud o en las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados de UNICEF.⁷ Si no se cuentan los mortinatos, se ignora su efecto sobre las mujeres y familias, y esto conduce a la subestimación de los beneficios de inversiones en el cuidado de la salud perinatal. En la Argentina, la reducción de la MF observada se asoció con el incremento de los nacimientos vivos prematuros.⁸

Debido a que la era de los ODM llegó a su fin, el enfoque de las políticas de salud después de 2015 (la llamada era post-2015) se amplía más allá de la supervivencia para incluir el *bienestar* y el *capital humano*, la creciente importancia de la *discapacidad* y las enfermedades crónicas no transmisibles (*ECNT*), *salud mental* y los vínculos entre el *medioambiente* y la salud.

Objetivos de la mortalidad neonatal para 2035

Se establecen objetivos nacionales para 2035 para la MN (≤ 10 por 1000 nacidos vivos) y MF (≤ 10 por 1000 nacimientos totales) en línea con el objetivo de mortalidad de menores de 5 años de < 20 por 1000 nacimientos vivos y de la tasa de mortalidad materna < 50 por 100 000 nacidos vivos. Según las estadísticas vitales para 2015 de la Dirección de Estadísticas de Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina) y el Plan de Acción para Cada Recién Nacido,⁵ la MN fue de 6,6‰; la MF (> 1000 g), 4,8‰; la mortalidad de menores de 5 años, 11,3‰; la mortalidad materna, 39/100 000 y la MN como porcentaje de la mortalidad de menores de 5 años, 58,4%. Estos resultados son comparables a los de Brasil, Chile y Uruguay.

Los factores que impulsan este progreso varían, pero algunos temas recurren; el cambio de la fecundidad y el ingreso nacional bruto son predictores importantes en países de ingresos medios. Sin embargo, los análisis de los factores del sistema de salud se ven limitados por la falta de datos de cobertura y calidad de la atención materna y neonatal. Pocas de las intervenciones neonatales de alto impacto se miden en las

encuestas de hogares y registros nacionales, y algunas, como la resucitación neonatal o los corticosteroides prenatales para el parto prematuro, no son posibles de determinar.

Para los países que ya tienen una MN de menos de 10 por 1000 nacidos vivos, el progreso continuo es crucial. Debido a que la brecha de equidad es sustancial en muchos países (en Argentina, en 2015, la MN varió entre 4,5‰ y 14,5‰), se necesitan desarrollar planes de acción específicos de la población para reducir las desigualdades. Es importante destacar que, a medida que se amplía la atención intensiva neonatal, los países deben rastrear sistemáticamente la discapacidad y las ECNT.⁵

Resumen de las prioridades para acelerar el progreso de la supervivencia neonatal hasta 2035⁵

- Centrarse en el momento del nacimiento presenta ventajas para las mujeres, disminución de las MF y MN y también prevención de la discapacidad.
- Las tres principales causas de MN son las infecciones graves y las complicaciones del parto y del nacimiento prematuro.
- Enfocar las acciones sobre bebés prematuros y pequeños es crucial para el resultado (> 80% de las MN, de las cuales dos tercios son pretérminos).
- La reducción de la tasa de fertilidad está fuertemente ligada a la reducción de la tasa de mortalidad neonatal en países de bajos y medianos ingresos. Es urgente abordar las demoras, ya que los RN pueden morir en cuestión de minutos, por lo que se producen MF y muertes de RN, un marcador sensible de la efectividad del sistema de salud.

Post Objetivos de Desarrollo del Milenio y nuevas fronteras más allá de la supervivencia⁵

- La discapacidad después de enfermedades al nacer (en especial, en pretérminos) se produce, principalmente, en países de medianos ingresos con calidad variable de cuidados intensivos neonatales y duplica la de los países de altos ingresos.
- La prevención de los RN prematuros y pequeños para la edad gestacional, así como su cuidado posnatal, son cruciales para el progreso futuro de la reducción de las muertes, la discapacidad, el retraso en el crecimiento, la pérdida del capital humano y el riesgo a largo plazo de ECNT.⁹

Consecuencias sobre el capital humano de un nacimiento no saludable⁵

- Un comienzo saludable es fundamental para el curso de la vida humana, y el nacimiento conlleva el mayor riesgo de muerte, discapacidad y pérdida de potencial del desarrollo, lo que genera importantes efectos sociales. Por lo tanto, los resultados del nacimiento son cruciales para alcanzar una gran convergencia para la salud mundial y el capital humano para 2035.
- Varios estudios internacionales sugieren un retorno de la inversión de nueve veces, especialmente a través de la planificación familiar, la calidad de la atención en el momento del nacimiento y el cuidado de RN pequeños y enfermos.
- Los RN de hoy son la mano de obra del futuro, y su salud es la riqueza del mañana.

Contar a cada recién nacido

Se necesita urgentemente el fortalecimiento de los sistemas de datos nacionales, y se requieren estrategias escalonadas para plataformas de recopilación de datos específicos, en particular, registros vitales, rutinarios y sistemas de información de salud basados en las instituciones –por ejemplo: el Sistema Informático Perinatal/ Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS)– y encuestas domiciliarias intermitentes.

Los países de mayor mortalidad tienen la menor cobertura de los registros de nacimiento. El registro de defunción es aún menos frecuente, y los datos sobre mortalidad son aún más pobres. Los RN muy prematuros y los niños nacidos muertos tienen menos probabilidades de tener un certificado de nacimiento o de defunción, incluso en países de altos ingresos.¹⁰

Un nacimiento seguro y un comienzo saludable en la vida están en el centro del capital humano y progreso económico, con mejoras en los resultados de los nacimientos y también con la transformación del riesgo de ECNT de adultos. n

Dr. Carlos Grandi

Subcomisión de Investigaciones Pediátricas
Sociedad Argentina de Pediatría

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.238>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.eng.238>

Cómo citar: Grandi C. Mortalidad neonatal en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y nuevos objetivos pos-2015. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(4):238-240.

REFERENCIAS

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2013 New York: United Nations; 2013. [Acceso: 10 febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>.
2. Blencowe H, Vos T, Lee AC, et al. Estimates of neonatal morbidities and disabilities at regional and global level for 2010: introduction, methods overview and relevant findings from the Global Burden of Disease study. *Pediatr Res* 2013; 74(Suppl 1):4-16.
3. Murray C, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859):2197-223.
4. Brisson M, García Conde S, Di Pietro L. Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Cumbre del Milenio y los compromisos internacionales. Buenos Aires: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales; 2014. [Acceso: 10 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/odm/la_cumbre_del_milenio_y_los_compromisos_internacionales.pdf.
5. Lawn J, Blencowe H, Oza S, et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet* 2014; 384(9938):189-205.
6. Finkelstein J, Duhau M, Speranza A. 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.
7. Lawn J, Blencowe H, Pattinson R, et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet* 2011; 377(9775):1448-63.
8. Grandi C, Nascente L, Cardoso V. Impacto de la mortalidad fetal sobre la prematuridad en Argentina: estudio poblacional. *Rev Fac Cien Med* 2017; 74(4).
9. Barker DJ. The developmental origins of chronic adult disease. *Acta Paediatr Suppl* 2004; 93(446):26-33.
10. 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.

Publicaciones predatoras *Predatory journals*

Es muy frecuente que los lectores de estas líneas hayan recibido mensajes para invitarlos insistentemente a enviar un artículo para publicar en alguna revista científica. En ocasiones, ensalzan las características de una publicación absolutamente ignota; tampoco es infrecuente que apelen a su vanidad resaltando su supuesta pericia en el tema.

Son comunes mensajes como este: "Estimado profesor, hemos leído su artículo titulado *Prevalencia de la publicación predatoria en el mundo*. Impresionados por la calidad de su trabajo, lo contactamos para pedirle que nos envíe su próximo estudio sobre el tema". También es habitual que, a través de la misma modalidad, se los invite a formar parte de comités editoriales de revistas que tienen nombres "parecidos" a reconocidas publicaciones científicas.

¿Qué se esconde detrás de todo esto? Este tipo de mensajes forma parte, en su mayoría, del llamado mundo de las "publicaciones predatoras" (*predatory journals*), cuyo objetivo principal es obtener dinero, de manera poco ética, aunque no ilegal. Estas publicaciones tienen poco o ningún cuidado con la calidad de los trabajos que publican, no siguen los estándares de buenas prácticas en publicación académica e imponen un

arancel al autor, quien financia la publicación de su trabajo.¹

El término *predatory journals* fue acuñado en 2010 por Jeffrey Beall, un bibliotecario de la Universidad de Colorado, quien creó un blog en el que publicó una lista de las editoriales y revistas que desarrollaban esta práctica. La controversia que suscitó esta publicación incluyó comentarios editoriales y demandas judiciales en ambos sentidos, que finalizó con el "levantamiento" de su blog en 2017.²

La práctica habitual de las publicaciones predatoras incluye características como las siguientes:³

- Promesa de una publicación en tiempo breve.
- Anuncio de un factor de impacto falso.
- Falta de claridad sobre el arancel por evaluación.
- Falta de transparencia sobre la localización de sus oficinas.
- Utilización de nombres parecidos a los de publicaciones prestigiosas.
- Comunicación masiva por *spam*.

¿Cómo empezó todo esto?

Muchos centran el inicio del problema en la iniciativa *Open Access*.⁴ La misma surgió a partir de la conjunción de varios factores: por