

JURISDICCION 80  
**MINISTERIO DE SALUD**

LINEA PROGRAMATICA  
**ATENCION DE LA MADRE Y EL NIÑO**

RESPONSABILIDAD  
**Secretaría de Programas Sanitarios**

---

**1. POLITICA PUBLICA**

**“Reducir la Mortalidad Infantil.”**

**“Mejorar la Salud Materna.”**

Este texto corresponde al documento “Objetivos de Desarrollo del Milenio – Argentina”, aprobado en octubre de 2003 por el Sr. Presidente de la Nación, como respuesta a las responsabilidades asumidas en la Cumbre del Milenio el 8 de Septiembre del año 2000, cuando Argentina, junto con 189 países reunidos, aprobó lo que se conoce como la “Declaración del Milenio”, por medio de la cual los países signatarios se comprometieron a implementar acciones para alcanzar una serie de Objetivos de Desarrollo para el año 2015. Tales objetivos quedaron plasmados en la Resolución 55/2 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Posteriormente, con el fin de dar cuenta de los logros alcanzados en la Asamblea de Alto Nivel de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre de 2005, la Presidencia de la Nación presentó el documento “Objetivos de Desarrollo del Milenio – Un Compromiso con la

Erradicación de la Pobreza, la Inclusión Social y la no Discriminación”, en donde se refleja el avance hacia el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Por otra parte, el Artículo 1º de la Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del año 2005, establece como objetivo “...**La protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquéllos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.**”

## **2. OBJETIVO DE LAS ACCIONES**

**Mejorar la calidad de vida y el estado sanitario y nutricional de las embarazadas, niños y adolescentes.**

El programa presupuestario “Atención de la Madre y el Niño” desarrolla diferentes acciones orientadas a la salud de madres, niños y adolescentes de todo el país. Estas abarcan un complejo abanico que comprende temas como la calidad de la atención que proporcionan los equipos de salud, y los cuidados prenatales y pediátricos; el desarrollo infantil y los problemas de la adolescencia; la nutrición; la capacitación permanente en servicio del personal y la comunicación social al servicio de la salud materno infantil; la infraestructura y el equipamiento.

Las acciones desarrolladas se distribuyen en los tres subprogramas que lo componen: El Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño, el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) exclusivamente hasta el año 2006, y el Seguro Universal Materno – Infantil (conocido como Plan Nacer).

### **3. IMPUTACION PRESUPUESTARIA**

Programa 17 – Atención de la Madre y el Niño

Subprograma 01 – Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño

Subprograma 03 – PROMIN II – BIRF 4164/AR (sólo hasta 2006)

Subprograma 04 – Seguro Universal de Maternidad e Infancia

### **4. INDICADORES**

Al evaluar el cumplimiento gradual de los resultados proyectados deberá tenerse en cuenta que la evolución de estos indicadores estará afectada por la ocurrencia de factores exógenos al desempeño de los programas considerados. Por lo tanto, se deberán considerar factores tales como la evolución de la pobreza, la distribución del ingreso, del Producto Bruto Interno y de otros que pudieran afectar la situación de las madres, los niños y adolescentes, y con ello la eficacia de los servicios provistos por los programas.

Asimismo, deberá examinarse la contribución directa o indirecta de las acciones llevadas a cabo en otros niveles de gobierno (provincias, municipios) que afectarán los valores que se obtengan.

En lo referente a los indicadores de resultado, Tasa de Mortalidad Infantil por cada 1.000 nacidos vivos (4.1), Tasa de Mortalidad Materna por cada 10.000 nacidos vivos (4.2) y Proporción de Defunciones Infantiles de Causa Reducible (4.3), se aclara que para el año 2004 se trabajó con valores efectivamente comprobados en la realidad. Todos los datos expresados para cada uno de estos indicadores, correspondientes a 2005 y años siguientes son valores proyectados teniendo en cuenta tendencias quinquenales, a excepción de la Tasa de Mortalidad Infantil cuyas proyecciones comienzan a partir del año 2006.

Los valores del indicador Proporción de Egresos por Aborto en Mujeres en Edad Fértil (4.4) para los años 2004 y 2005 se han calculado utilizando estimaciones realizadas teniendo en cuenta información referida a años precedentes a los que se exponen en el cuadro. Para los años 2006 – 2009 se utilizaron valores proyectados sobre la base de las expectativas y conocimiento que los responsables tienen al momento de su cálculo.

#### **4.1. INDICADOR DE RESULTADO: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS**

<b>INDICADOR</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Tasa de Mortalidad Infantil por cada 1.000 Nacidos Vivos	14,40	13,30	13,10	12,60(*)	11,80	11,10

(\*)Meta definida en el Plan Federal de Salud

**4.1.1. Significado del indicador:** Expresa la cantidad de defunciones de niños menores de un año acaecidas en la población de un área geográfica dada por cada 1.000 nacidos vivos registrados en la población de la misma área geográfica para un año determinado.

La Mortalidad Infantil se encuentra compuesta por la mortalidad neonatal y por la mortalidad postneonatal. La primera incluye las defunciones ocurridas en el transcurso de los primeros 27 días de vida. La expresión mortalidad postneonatal designa a aquellas defunciones ocurridas desde el fin del período neonatal hasta el año de edad. Existen un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos.

La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquéllos vinculados con las condiciones congénitas como la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida). En la mortalidad postneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño.

Por otra parte, es necesario calcular e interpretar correctamente sus valores. Uno de los errores más frecuentes es el que proviene de una incorrecta aplicación de la definición del hecho y de la inscripción del mismo. Existe una tendencia a inscribir como defunciones fetales a los niños que, aún habiendo nacido vivos, mueren inmediatamente. O sea, que podría haber una subinscripción de nacidos vivos y también de las defunciones infantiles, situación que influye en el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Otro factor a considerar es la omisión de registro del nacimiento y la defunción.

**4.1.2. Valor deseable:** Se pretende alcanzar una Tasa de Mortalidad Infantil de 8,5 por 1.000 nacidos vivos (NV) para el año 2015. El país define como valor deseable al factible a ser cumplido dentro de los Objetivos del Milenio para el año 2015 y, a nivel nacional, dentro de los objetivos del Plan Federal para el año 2007. Con este fin, se realiza una proyección de la Tasa de Mortalidad Infantil, teniendo en cuenta el grado de descenso de los últimos años. La Tasa de Mortalidad Infantil, de mantenerse la actual tendencia de descenso (0,6 puntos promedio de los últimos cinco años) será para el año 2015 de 6,1 por mil NV. Si ésta es ajustada a un ritmo de descenso 50% menor en los años 2011 al 2015, la tasa esperada para el año 2015 sería entonces 9,01 por mil NV, que representa un valor levemente superior a los propuestos por las Metas del Milenio.

**4.1.3. Descriptor del numerador:** Número de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población durante un año determinado.

**4.1.4. Fuente de información del numerador:** Los datos provienen del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. En el caso de las defunciones infantiles, la fuente primaria se origina en el certificado de defunción, emitido por el médico tratante. Una vez asentado en el Registro Nacional de las Personas se deriva a la Oficina de Estadística Provincial, desde donde se envía a la Dirección de Estadísticas de Salud en donde se recibe, ordena y consolida la información.

Los resultados se procesan por año y sus datos se conocen siempre a año vencido. Estos son publicados en Anuarios, que cuentan con versiones en papel y en soporte informático a través de páginas del Ministerio de Salud de la Nación.

**4.1.5. Descriptor del denominador:** Número de niños nacidos vivos registrados durante el año determinado.

**4.1.6. Fuente de información del denominador:** Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y Registro Nacional de las Personas.

**4.2. INDICADOR DE RESULTADO: TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR CADA 10.000 NACIDOS VIVOS**

INDICADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tasa de Mortalidad Materna por cada 10.000 nacidos vivos	4,00	3,93	3,83	3,70(*)	3,50	3,40

(\*)Meta definida en el Plan Federal de Salud

**4.2.1. Significado del indicador:** Establece el número de mujeres que fallecen durante la gestación, el parto y el puerperio en la población femenina de un área geográfica dada por cada 10.000 nacidos vivos registrados en la población de la misma área geográfica.

Los distintos factores que influyen en la mortalidad materna son la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socio-económicas generales.

**4.2.2. Valor deseable:** Se pretende alcanzar una Tasa de Mortalidad Materna de 1,7 por 10.000 nacidos vivos (NV) para el año 2015. El país define como valores deseables a los que se han procesado como factibles de alcanzar en los Objetivos del Milenio para el año 2015 y, a nivel nacional, los objetivos planteados en el Plan Federal para el año 2007. La Tasa de Mortalidad Materna, de mantenerse la actual tendencia de descenso (0,02 puntos promedio de los últimos cinco años) será, para el año 2015, 3,8 por diez mil nacidos vivos. Si ésta es ajustada a un ritmo de descenso 50% mayor en los años 2011-2015, teniendo en cuenta que en los últimos años presentó un lento ritmo de descenso, la tasa esperada para el 2015 sería 3,76 por diez mil NV que es superior a la Meta del Milenio. Este parece ser un obstáculo a superar tal como está planteado, por lo que el Ministerio de Salud de la Nación ha puesto especial énfasis en mejorar esta evolución.

**4.2.3. Descriptor del numerador:** Número de defunciones por causas maternas en un área geográfica determinada durante un año dado.

Si bien la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima Revisión (CIE-10) incorpora la categoría de muerte materna tardía, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, éstas no se incluyen en el numerador de la tasa de mortalidad materna.

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

- Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas;
- Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

**4.2.4. Fuente de información del numerador:** Los datos provienen del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. En el caso de las defunciones maternas, la fuente primaria se origina en el certificado de defunción, emitido por el médico tratante. Una vez asentado en el Registro Nacional de las Personas se deriva a la Oficina de Estadística Provincial, desde donde se envía a la Dirección de Estadísticas de Salud en donde se recibe, ordena y consolida la información.

Los resultados se procesan por año y sus datos se conocen siempre a año vencido. Estos son publicados en Anuarios, que cuentan con versiones en papel y en soporte informático a través de páginas del Ministerio de Salud de la Nación.

**4.2.5. Descriptor del denominador:** Número de niños nacidos vivos en un área geográfica dada registrados durante un año determinado.

**4.2.6. Fuente de información del denominador:** Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y Registro Nacional de las Personas.

### 4.3. INDICADOR DE RESULTADO: PROPORCION DE DEFUNCIONES INFANTILES DE CAUSA REDUCIBLE

INDICADOR		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Proporción de defunciones infantiles de causa reducible	a) Neonatal (%)	54,90	53,52	52,15	50,77	49,40	48,02
	b) Postneonatal (%)	56,70	56,55	56,45	56,32	56,20	55,95

#### 4.3.1. Indicador de Resultado a): Proporción de defunciones neonatales de causa reducible

**4.3.1.1. Significado del indicador:** Establece la importancia relativa de las causas de muerte infantil neonatal reducibles a través de diferentes acciones y de su efecto en el tiempo. Determina la proporción de las defunciones neonatales (niños de 0 a 27 días de vida) que se deben a dichas causas.

La mayoría de las causas de muerte neonatal son de origen perinatal y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento como sucede en la Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) en relación con la Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días de vida).

**4.3.1.2. Valor deseable:** Se pretende una disminución gradual de la mortalidad neonatal debida a causas reducibles. La mortalidad neonatal por causas reducibles, obedece a un conjunto de factores. Entre éstos se cuenta la calidad de la atención recibida por la mujer durante el embarazo, parto y puerperio inmediato.

La carencia de controles obstétricos adecuados aumenta la posibilidad de recién nacidos con bajo peso, prematuros y de patologías prevenibles con tratamiento oportuno de su madre. Además, causas relacionadas con la calidad de la atención médica de alta complejidad y eventualmente requerida por el niño en los primeros días de vida. Durante este período también se manifiestan las patologías agudas cuya resolución exige una atención compleja.

Se debe aclarar que el descenso de la mortalidad neonatal por causas reducibles depende, particularmente, de un mejoramiento paralelo de factores sociales, de accesibilidad y de calidad de atención.

No obstante, se estima que el porcentaje de descenso proyectado es de probable resolución y factible de mejorar con relación al tratamiento del conjunto de factores causales descritos.

**4.3.1.3. Descriptor del numerador:** Número de defunciones de causa reducible de niños entre 0 y 27 días de vida acaecidas en la población de un área geográfica dada, en un año determinado.

Las defunciones por causas reducibles son aquéllas cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud.

**4.3.1.4. Fuente de información del numerador:** Los datos provienen del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. En el caso de las defunciones infantiles, la fuente primaria se origina en el certificado de defunción, emitido por el médico tratante.

Una vez asentado en el Registro Nacional de las Personas se deriva a la Oficina de Estadística Provincial, desde donde se envía a la Dirección de Estadísticas de Salud en donde se recibe, ordena y consolida la información.

Los resultados se procesan por año y sus datos se conocen siempre a año vencido. Estos son publicados en Anuarios, que cuentan con versiones en papel y en soporte informático a través de páginas del Ministerio de Salud de la Nación.

**4.3.1.5. Descriptor del denominador:** Total de defunciones de niños con edades entre 0 y 27 días acaecidas en la población de un área geográfica dada en un año determinado.

**4.3.1.6. Fuente de información del denominador:** Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y Registro Nacional de las Personas

**4.3.2. Indicador de Resultado b): Proporción de defunciones postneonatales de causa reducible**

**4.3.2.1. Significado del indicador:** Establece la importancia relativa de las causas de muerte infantil postneonatal reducibles a través de diferentes acciones y de su efecto en el tiempo. Determina la proporción de las defunciones post – neonatales (niños entre 28 y 365 días de vida) que se deben a dichas causas.

La mayoría de las causas de muerte infantil postneonatal se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.).

Se debe recordar que muchos neonatos de alto riesgo (de pretérmino, bajo peso, etc.) aún sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficits para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período postneonatal. A su vez, es poco frecuente que los nacidos de bajo riesgo (de término, con peso adecuado, sin malformaciones, etc.) fallezcan en el período neonatal, pero no así en el período postneonatal si las condiciones del medio son desfavorables.

**4.3.2.2. Valor deseable:** Se pretende alcanzar una tasa de mortalidad infantil post – neonatal por causas reducibles del 29.51 %, según metas del Plan Federal – Año 2007.

La mortalidad infantil post – neonatal por causas reducibles, no se encuentra como meta dentro de los Objetivos del Milenio, pero sí está dentro de los objetivos a alcanzar dentro del Plan Federal (2007). Este propone disminuir en cuatro años las muertes ocurridas en el período post – neonatal por causas reducibles, en un 50% respecto del año 2002. Este parece ser un obstáculo a superar tal como está planteado, aunque la mortalidad post – neonatal está particularmente influenciada por la situación socioeconómica de la población. Si las condiciones de vida de la población vulnerable mejoran, este indicador puede sufrir modificaciones positivas.

**4.3.2.3. Descriptor del numerador:** Número de defunciones de causa reducible de niños entre 28 y 365 días de vida. Las defunciones por causas reducibles son aquellas cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud.

**4.3.2.4. Fuente de información del numerador:** Los datos provienen del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. En el caso de las defunciones infantiles, la fuente primaria se origina en el certificado de defunción, emitido por el médico tratante. Una vez asentado en el Registro

Nacional de las Personas se deriva a la Oficina de Estadística Provincial, desde donde se envía a la Dirección de Estadísticas de Salud en donde se recibe, ordena y consolida la información.

Los resultados se procesan por año y sus datos se conocen siempre a año vencido. Estos son publicados en Anuarios, que cuentan con versiones en papel y en soporte informático a través de páginas del Ministerio de Salud de la Nación.

**4.3.2.5. Descriptor del denominador:** Total de defunciones de niños con edades entre 28 y 365 días.

**4.3.2.6 Fuente de información del denominador:** Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y Registro Nacional de las Personas

#### **4.4. INDICADOR DE RESULTADO: PROPORCION DE EGRESOS POR ABORTO EN MUJERES EN EDAD FERTIL**

<b>INDICADOR</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Proporción de Egresos por aborto en mujeres en edad fértil (%)	9,08	8,56	8,31	8,06	7,82	7,57

**4.4.1. Significado del indicador:** Establece el porcentaje de los egresos hospitalarios de mujeres en edad fértil que se deben a abortos para un año determinado. Es un indicador indirecto de los resultados de las acciones en Salud Sexual y Procreación Responsable.

Los egresos por aborto, conforman un indicador que mide el acceso de las mujeres en edad fértil a algún sistema de procreación electiva. Este indicador revela la accesibilidad por distintas causas, a diferentes métodos de anticoncepción. Teniendo en cuenta la penalización del aborto en todo el territorio nacional, ésta influye en la práctica clandestina de este método con la consiguiente factibilidad de infecciones y muerte por esta causa.

**4.4.2. Valor deseable:** En esta línea, el Plan Federal (2007) se propone lograr reducir en cuatro años en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto a los valores del año 2000/2001.

Partiendo de un valor estimativo de 10,14% de egresos por aborto correspondientes al año 2001, calculando un descenso del 20%, el valor deseable para el año 2005 se sitúa en 8,16% de los egresos hospitalarios por abortos de mujeres en edad fértil. Según cálculos estimativos, el valor alcanzado en el año 2005 sería de 8,56%, cifra cercana al valor deseable.

**4.4.3. Descriptor del numerador:** Egresos por aborto en mujeres en edad fértil en un año determinado. El concepto de egreso se refiere a la salida del establecimiento de salud de un paciente internado. Un egreso implica siempre la conclusión del período de internación y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta del paciente o por defunción.

**4.4.4. Fuente de información del numerador:** La información de los egresos proviene del Programa Nacional de Estadísticas de Salud que recibe, ordena y consolida datos de las Oficinas de Estadística Provinciales.

Los resultados se procesaban cada cinco años y sus datos se conocían siempre a año vencido. Los datos son presentados en publicaciones especiales de los Anuarios, en donde sólo se evalúan los egresos de todo el país diferenciándolos por grupo etario, por sexo y por

causa. Cuentan con versiones en papel y en soporte informático a través de páginas del Ministerio de Salud de la Nación. A partir del año 2005, se comenzó a efectuar el análisis de egresos hospitalarios en forma anual.

Los últimos datos disponibles corresponden al año 2000. Los resultados del año 2005, se encuentran procesándose y se espera su disponibilidad a la brevedad. Los egresos por aborto del año 2000, representaron el 11,2% de todos los egresos hospitalarios de las mujeres en edad fértil.

**4.4.5. Descriptor del denominador:** Total de egresos de mujeres en edad fértil.

**4.4.6. Fuente de información del denominador:** Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

## **5. PRODUCCION INSTITUCIONAL PARA EL LOGRO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS**

Para alcanzar los resultados esperados, se tiene previsto el cumplimiento de las siguientes metas físicas de producción consistentes con los créditos presupuestarios asignados:

## 5.1. METAS FISICAS

DENOMINACION	UNIDAD DE MEDIDA	Ejecutado 2004	Ejecutado 2005	Estimado 2006	Proyectado 2007
Asistencia Nutricional con Leche Fortificada	Kg. de Leche Entregado	10.343.105	11.652.900	11.573.000	13.001.300
Asistencia con Medicamentos	Tratamiento Entregado	757.262	674.293	600.000	2.009.200 (*)
Asistencia en Salud Reproductiva (**)	Persona Cubierta	508.780	853.180	1.080.000	1.533.000
Publicaciones	Ejemplar Distribuido	37.818	50.754	-	-
Capacitación	Persona Capacitada	2.400	1.000	-	-
Mejoramiento de Infraestructura de Centros de Desarrollo Infantil y de Salud	Centro	15	92	-	-
Provisión de Equipamiento a centros de salud	Centro Equipado	-	-	57	-
Asistencia Financiera a Provincias para el Seguro de Salud Materno – Infantil	Beneficiario	9.468	193.375	456.771	747.905

(\*) En el incremento del número de tratamientos previstos incide el aumento presupuestario respecto del año anterior y el cambio en la composición y metodología de cálculo de los mismos.

(\*\*) A partir de 2007, tanto esta meta como las asignaciones crediticias correspondientes a su cumplimiento, se ejecutarán dentro del programa presupuestario 25 Atención Primaria de la Salud, subprograma 03 Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable.

## 5.2. CREDITOS PRESUPUESTARIOS

- en pesos -

CONCEPTO	Devengado 2004	Devengado 2005	Estimado 2006	Proyectado 2007
Programa 17 – Subprograma 01 Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño	121.388.303	85.383.671	107.318.371	142.630.900
Programa 17 – Subprograma 03 PROMIN II – BIRF 4164/AR (*)	19.263.719	57.716.592	39.040	-
Programa 17 – Subprograma 04 Seguro Universal de Maternidad e Infancia	4.169.956	35.197.622	97.597.917	131.760.955

(\*) Este subprograma finalizará durante el año 2006.