

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La mortalidad por Prematurez (CIE-10: P07.0) y por Sepsis bacteriana del recién nacido (CIE-10: P36), están repetidos en el Listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMSXXI y en el listado de intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

El 60% de las muertes infantiles, corresponden a muertes en el periodo neonatal. El 30% de las muertes neonatales, ocurren en el primer día de vida.

La tendencia de la mortalidad neonatal presentó un decremento significativo de 1.9% al año del 2000 al 2008, observándose un decremento anual promedio significativo en todo el periodo (2000 al 2013) de 1.5%. En el periodo 2008 a 2013, se observó una tendencia decreciente en las tasas de mortalidad neonatal en la población total (de 5.8%) y en hombres beneficiarios del SP de 5.9%.

Las tasas de mortalidad en los niños que murieron en su primer día de vida y en los que murieron entre los días 2 y 6 de vida, presentaron una tendencia decreciente significativa de 2.3% y 2.6%, al año entre el 2000 y el 2008, respectivamente. Se observó un decremento anual promedio significativo en todo el periodo (2000 al 2013) en los que murieron en el día 1, de 2.3%.

La mortalidad neonatal por prematurez presentó un incremento significativo en la población total de 4.6% al año entre el 2000 y el 2005. En el periodo 2008 a 2013, se observó un decremento significativo de 6.5% y 8.2% anual en la población beneficiaria del SP total y en niñas, respectivamente.

Las tasas de mortalidad neonatal por hipoxia intrauterina, presentaron un decremento a partir del 2004 aunque este no fue significativo. Se observaron

decrementos, aunque tampoco significativos, en esta tasa en los beneficiarios del SP, durante el periodo 2008 a 2013.

Se observó una tendencia decreciente significativa en la mortalidad neonatal por asfixia del nacimiento de 3.1% anual entre 2000 y 2006. En el periodo de 2008 a 2013, se observaron decrementos significativos en estas tasas de mortalidad en la población beneficiaria del SP total y en niños de 7.8% anual y 9.1% anual, respectivamente.

Las tasas de mortalidad neonatal por sepsis bacteriana del recién nacido, presentaron un decremento entre el 2011 y el 2013 en toda la población. Se observaron decrementos no significativos en el periodo de 2008 a 2013 en la población total y por sexo, beneficiarios del SP.

Los resultados del análisis preliminar derivado de la propuesta metodológica para evaluar el impacto del SMSXXI, muestran evidencia de un impacto modesto pero significativo sobre la mortalidad neonatal. Es posible que la relativamente reducida magnitud del impacto sobre mortalidad neonatal sea debida a dos factores a) Que una gran parte de las muertes neonatales ocurren en las primeras horas de vida y no son susceptibles de ser evitadas por la afiliación en tan corto tiempo. Un análisis que se enfocara en muertes neonatales tardías podría arrojar una mayor estimación de impacto, de la misma forma, un análisis posterior por causa podría arrojar resultados heterogéneos (por ejemplo, las muertes por malformaciones congénitas probablemente no son susceptibles de evitarse por la afiliación al seguro). b) En términos de la significancia estadística, la poca variabilidad en la cobertura, al presentarse niveles altos en la mayoría de los municipios, reduce el poder estadístico del estudio. Sin embargo, se encontró un efecto significativo del SMSXXI a pesar de esta limitación.

La metodología de análisis cuantitativo planteada en este estudio puede utilizarse añadiendo la información adicional generada por los sistemas de información en años subsecuentes. Lo anterior permitirá contar con un mayor tamaño de muestra y por

consiguiendo una mayor precisión en las estimaciones y potencia estadística, con un costo muy bajo.

Recomendaciones

Eliminar del listado del listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMSXXI: Prematurez (CIE-10 P07.0) y Sepsis bacteriana del recién nacido (CIE-10: P36), porque están incluidas, también, en el listado de intervenciones del FPGC

La afiliación de los menores al SMSXXI debería iniciar desde el día de su nacimiento e incluir en el listado las complicaciones por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (CIE-10: P00 a P04). Esto podría ayudar a prevenir muertes por Neumonía congénita (CIE-10: P23), que incluye neumonía infecciosa adquirida intra-útero o durante el nacimiento (causante del 4% de las muertes en niños de entre 2 y 6 días y del 6% de las muertes en niños de entre 7 y 28 días en el 2013) y que no está en el listado de intervenciones médicas cubiertas por el SMSXXI.

Aunque se encontró evidencia del impacto del SMSXXI en la mortalidad neonatal en el período de estudio, los resultados sugieren que un análisis más refinado, por causa y por temporalidad a partir del nacimiento, no circunscrita a muertes neonatales sino al menos a menores de un año, podría encontrar impactos más fuertes. Lo anterior sin duda es debido a la heterogeneidad de causas de dichas muertes y al diferente grado en que dichas causas son susceptibles de ser afectadas por el Seguro. Se recomienda profundizar análisis futuros en ese sentido, además de buscar estimar posibles heterogeneidades de impacto por región o entidad federativa.

Debido a que la calidad de los registros de mortalidad neonatal varía a lo largo de los años, se recomienda realizar búsquedas intencionadas de muertes neonatales y capacitar al personal que llena formatos con información para los Sistemas, para disminuir la mala clasificación de la misma.

Con respecto a la afiliación, se recomienda realizar una mayor difusión del SMSXXI hacia la población, especialmente en zonas marginadas, así como buscar mayor disponibilidad de módulos de afiliación, que no necesariamente estén localizados en unidades de salud.

Las recomendaciones que surgen de la exploración cualitativa son:

- Ampliar el criterio de medición tratando de estimar la muerte peri-neonatal, cuyo espectro de registro va de la semana 28 de gestación al día 28 de nacidos. Esto permitiría comprender más el fenómeno como un proceso continuo y daría una mejor estimación del problema que busca resolverse.
- Estimar de manera separada las muertes perinatales (semana 28 a la 36), neonatales tempranas (0 – 7 días) y las tardías (8 a 28 días). Para capturar el fenómeno continuo.
- Analizar aquellos casos de nacimientos prematuros, sobre todo aquellos que registran peso menor a 2,500 g para buscar de forma intencionada a sobre vida de estos neonatos.
- Buscar (a través de la búsqueda intencionada) la relación, si existiera, de mortalidad materna y muerte neonatal.
- Buscar, si existieran, censos de mujeres en puerperio de los centros de salud y tratar de encontrar en ellos registros de muertes neonatales.
- Pedir a la DGIS que se informe de cuántos certificados con errores les llegan y cuántos de estos son de muertes neonatales.

Como recomendaciones a futuro se encuentra entre otras: modificar las características de los certificados de muerte general, incluyendo una sección especial para muerte neonatal o incluir en los certificados de muerte fetal una sección especial que contemple al neonato. Las principales características que se considera recuperar en relación a la muerte de un neonato son: edad de la madre, madurez del neonato, número de consultas de la madre, antecedentes obstétricos de la madre, evolución del

último embarazo, patología materna e información materna asociada a la defunción del infante ², datos que podrían orientar a identificar el origen del fenómeno y corregirlo.

Se recomienda hacer este estudio de manera ampliada, incluyendo búsqueda de personal de salud que ha registrado muertes neonatales y estudiando los casos por los cuales estas se dieron. De igual forma se recomienda incluir en un estudio posterior y a profundidad autopsias verbales con los padres y madres de los neonatos para comprender las causas evitables de dichas muertes y tratar de subsanarlas.