

SALA DE SITUACIÓN

ABORDAJE DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La situación de salud de las poblaciones se vincula fuertemente con las condiciones de vida y con el acceso a servicios de salud de calidad. El nivel de desarrollo entre las provincias argentinas no es homogéneo, lo cual implica la necesidad de trabajar por una mayor equidad; para que todos los individuos tengan la posibilidad de alcanzar una condición de vida tal que les permita realizar su máximo potencial.

MARÍA GRACIELA ABRRIATA Y MARÍA EUGENIA FANDIÑO
Ministerio de Salud de la Nación. Argentina

INTRODUCCIÓN

Las diferencias geográficas, climáticas, étnicas, culturales y productivas son reconocidas y aceptadas como parte de la diversidad natural. Sin embargo, existen otras desigualdades que encubren situaciones que pueden reconocerse como injustas y que empobrecen a un país. No todos los ciudadanos tienen garantizado su derecho a bienes como educación, trabajo, vivienda digna, alimentación saludable y cobertura de servicios de salud de buena calidad.

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es mejorar la salud materna e infantil lo cual implica reducir, respecto de los valores de 1990, en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna (RMM) y en dos tercios la mortalidad infantil (MI) hacia el año 2015; como así también disminuir un 10% la desigual distribución de estas problemáticas entre las provincias y al interior de las mismas.

La identificación de las inequidades en salud responde a un enfoque de la salud pública que reivindica el derecho a la salud y trabaja en la implementación de herramientas teórico-metodológicas eficaces para la generación de evidencia, que contribuyan al diseño de políticas públicas para la disminución de las brechas existentes.

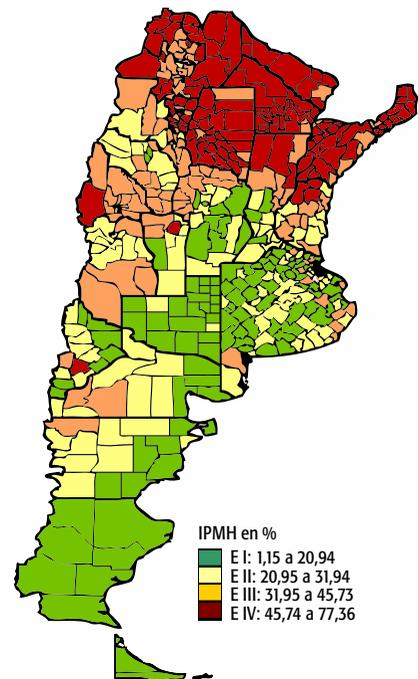
El coeficiente de Gini es uno de los indicadores elegidos para monitorear el cumplimiento de los ODM. Este coeficiente mide la desigual distribución

de un evento de salud en la población y, en este caso, muestra cómo la MI se distribuye de acuerdo a la cantidad de nacidos vivos de las jurisdicciones. El coeficiente de concentración y su curva, por su parte, da cuenta de la asociación entre el indicador de salud y una variable socioeconómica, lo que ilustraría la existencia o no de inequidades. Sobre la curva de este coeficiente se lee la concentración del evento de salud (en este caso, porcentaje de niños menores de un año fallecidos) en relación al porcentaje de población en peores o mejores condiciones socioeconómicas (quintil más pobre a la izquierda del eje X o quintil más rico a la derecha de X, respectivamente). Otros indicadores utilizados para medir la variabilidad de la mortalidad infantil en función de la distribución de la pobreza son las medidas de rango entre las jurisdicciones y/o estratos con mayor y menor pobreza convergente, el porcentaje de riesgo atribuible poblacional (RAP) y el riesgo relativo (RR).

Este trabajo describe en primer lugar el comportamiento de la mortalidad infantil en las distintas provincias y departamentos del país durante el cuatrienio 2005-2008 respecto de la situación socioeconómica medida a través del Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Luego explora si algunas acciones originadas en el Ministerio de Salud de la Nación tendieron a corregir las brechas encontradas.

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

El análisis de las desigualdades en salud considera a la pobreza como un determinante de las inequidades. Así, utilizando el porcentaje de hogares con pobreza convergente según el IPMH, se estratificaron las jurisdicciones y departamentos en cuartiles. Las provincias de las regiones Noreste (NEA) y Noroeste



MAPA 1. Jurisdicciones y departamentos de Argentina estratificados en cuartiles de pobreza según el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Fuente: elaboración propia en base a datos del Censo Nacional de Hogares y Viviendas, INDEC 2001.

(NOA) quedaron agrupadas en los Estratos (E) III y IV; los de mayor pobreza.

En el análisis del IPMH por departamentos se puede observar que los más pobres se concentran también en las regiones NEA y NOA, aunque aparecen departamentos con condiciones de pobreza similares en otras regiones (ver Mapa 1).

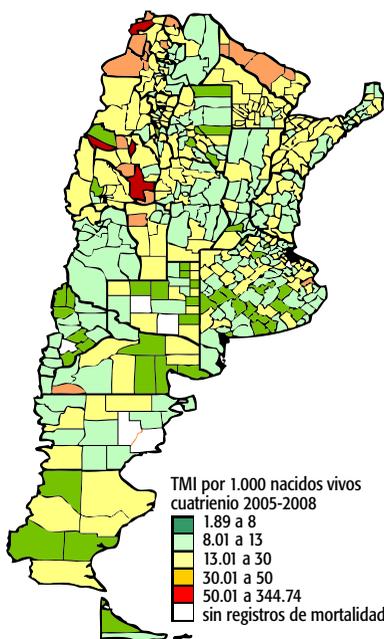
DESIGUALDADES EN MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil (TMI) de Argentina en 2008 fue de 12,51 fallecidos menores de un año por cada 1000 nacidos vivos (‰ NV), mostrando un leve descenso respecto del período anterior (13,3‰ NV). Tierra del Fuego registró la tasa más baja (6,8‰ NV) y Formosa la más alta (19,23‰ NV), por lo cual, los niños nacidos en Formosa tuvieron tres veces más probabilidades de morir que los niños de Tierra del Fuego en 2008 (RR= 2,88) (ver gráfico 1).

A nivel departamental, siete departamentos presentaron tasas superiores a 40‰ NV en 2008, de los cuales seis pertenecían a la región NOA. Las tasas más altas se encontraron en Rinconada (Jujuy) y Tomas Guido (Buenos Aires), con 66,67 y 57,14‰ NV, respectivamente. Por otra parte, no se registraron muertes de niños menores de un año en 45 departamentos, de los cuales el 50% pertenecen a la región Sur.

Las TMI calculadas para el cuatrienio 2005-2008 muestran que el 9% de

los departamentos (46/511) presentó una mortalidad igual o menor al promedio anual registrado en el país en ese cuatrienio (7,48‰ NV). El 54% de ellos pertenece a la región Sur. En el otro extremo, cinco departamentos de La Rioja (NOA) registraron una tasa mayor a 100 ‰ NV. Entre éstos, Gral. Ocampo tuvo la TMI más alta del cuatrienio: 344,74‰ NV (ver Mapa 2).



MAPA 2. Tasas de mortalidad infantil según departamentos de Argentina en el cuatrienio 2005-2008.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).

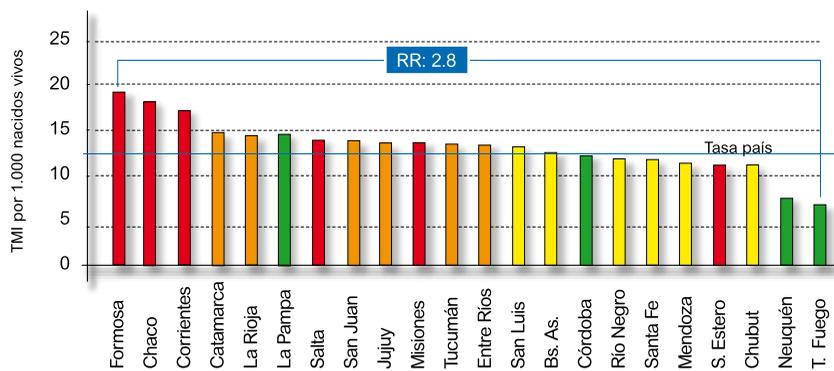


GRÁFICO 1. Tasas de mortalidad infantil según jurisdicciones identificadas por estratos de pobreza convergente. Argentina 2008

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).

INEQUIDADES EN SALUD

Según el rango de valores del nivel de pobreza convergente por el IPMH, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) fue la jurisdicción que presentaba mejor condición socioeconómica y Formosa la que se encontraba con la mayor vulnerabilidad. A partir de esto, se observa que durante 2008, el riesgo de morir para los niños menores de un año de Formosa fue tres veces mayor que para los niños de CABA (RR: 2,8), y que si todas las jurisdicciones del país tuvieran las mismas condiciones socioeconómicas que CABA, el 45% (4.229) de las muertes infantiles ocurridas en el país podrían haberse evitado (RAP = 45,3%).

En el análisis de las desigualdades en salud en base a la Curva e Índice de Concentración, se observó que tanto para el cuatrienio 2005-2008, como para el año 2008, en el 20% de los departamentos con mayor porcentaje de hogares pobres ocurrieron casi el 25% de las muertes de niños menores de un año. En el otro extremo, en el 20% de los departamentos más ricos se registraron poco menos del 20% de las muertes infantiles del país.

ACCIONES PARA CORREGIR LAS INEQUIDADES

El Ministerio de Salud de la Nación ha definido una serie de acciones con el fin de contribuir a disminuir las inequidades existentes entre y dentro de las provincias, particularmente en relación con la morbilidad materno infantil. Además de los programas especiales de la Dirección de Maternidad e Infancia, en 2004 se implementó el Plan Nacer, en las provincias del NOA y NEA y, en 2007, se lo extendió a todas las jurisdicciones del país. Este plan introdujo nuevas pautas de gestión en el sector público que permitieron orientar los esfuerzos y los recursos hacia el logro de resultados sanitarios concretos en la población materno-infantil (mujeres embarazadas, niños y niñas menores de seis años sin cobertura explícita de salud), tales como reducir las muertes evitables, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención de esa población.

Con esta nueva modalidad de gestión, también se beneficia a la comunidad a cargo de los establecimientos que reciben incentivos y recursos por parte del programa. Lo innovador de este modelo radica en que el 60% del financiamiento está basado en resultados de inclusión (identificación e inscripción de población materno-infantil sin cobertura explícita) y el 40% restante en el cumplimiento de metas sanitarias, medidas de acuerdo a indicadores llamados "trazadoras" como, por ejemplo, captación temprana de la embarazada, efectividad de atención del parto y el neonato, auditoria de muertes infantiles y maternas, cobertura de inmunizaciones y seguimiento de niño sano. De esta manera, los mayores recursos financieros se dirigen a los centros de atención que logran los mejores resultados.

Los montos liquidados son discriminados en dos subgrupos en función de sus necesidades. Al subgrupo I pertenecen todas las jurisdicciones del E IV y algunas del E-III. Durante 2008, el Plan Nacer transfirió AR\$ 112.660.288 para 932.448 beneficiarios inscriptos, a razón de AR\$ 120,82 promedio por beneficiario. Esto representa el 47% de la población objetivo del programa (1.984.625 personas), distribuido en 22 jurisdicciones del país (excepto Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Santa Cruz).

Cuando estos datos generales se desagregan por provincia, se observa que el programa prioriza en su liquidación de subsidios a las jurisdicciones que componen el subgrupo I. En 2008, el 58 % de los recursos nacionales totales del programa se destinó a las jurisdicciones del E IV (AR\$ 65.729.883), lo cual representa el 68% de los recursos económicos destinados al subgrupo priorizado. Los beneficiarios fueron el 75% de la población objetivo de este estrato de pobreza (382.161 personas), por cada uno de los cuales los efectores de salud percibieron una liquidación de AR\$172 *per cápita*. Sin embargo, algunas provincias, pertenecientes a NOA y NEA, superan este valor (ver Gráfico 2).

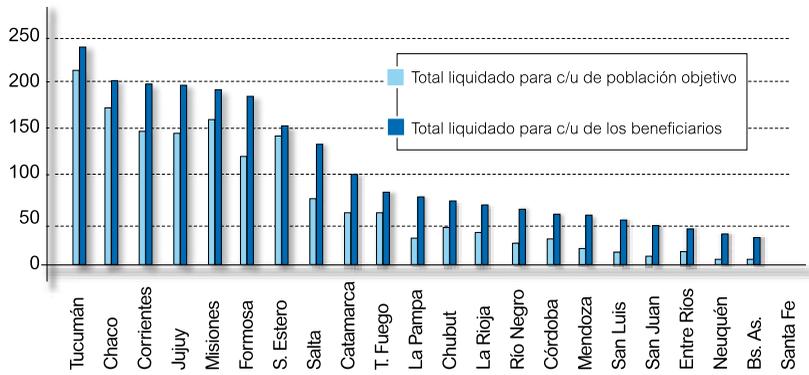


GRÁFICO 2. Distribución de los recursos económicos liquidados por el PLAN NACER según población objetivo y beneficiario inscripto. Argentina 2008.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Plan Nacer.

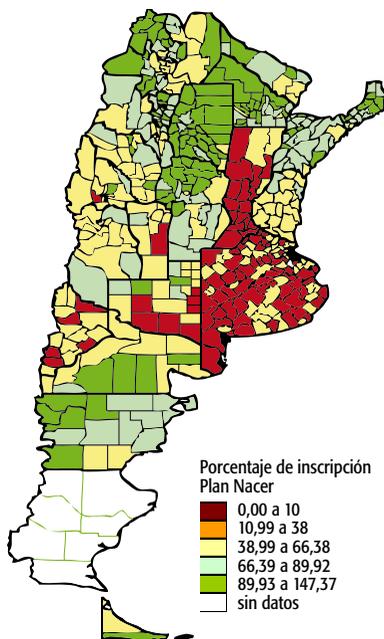
Si bien la población objetivo del Plan Nacer se concentra en los departamentos más poblados del centro del país (31 de los 99 departamentos del quintil superior pertenecen a la provincia de Buenos Aires), el mayor porcentaje de inscriptos se registra en los departamentos de las provincias del E IV ya mencionado; siendo Santiago del Estero la jurisdicción que tiene 22 de sus 27 departamentos

con coberturas de inscripción en el quintil superior (mayor al 89,9%), seguida por Chaco y Tucumán (ver Mapa 3).

CONCLUSIONES

El análisis de las inequidades en salud es una metodología válida de priorización de acciones y grupos vulnerables, para definir políticas públicas que contribuyan a reivindicar el derecho a la salud. El Ministerio de Salud de la Nación ha implementado distintas acciones de salud pública, entre ellas el Plan Nacer, en respuesta a las inequidades observadas en la situación de salud materno-infantil. La distribución de los montos liquidados por el programa priorizó aquellas jurisdicciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica, las cuales, a la vez, eran las más afectadas por la mortalidad infantil.

Asumir las desigualdades en salud entre provincias y al interior de las mismas como una evidencia más de las inequidades sociales, implica pensar en un abordaje integral de un problema sanitario que contemple además sus determinantes sociales. Por esta razón, las políticas destinadas a disminuir las brechas existentes deben tener en cuenta también la complejidad del problema en su contexto histórico e incluir a otros sectores de la sociedad según la estructura jerárquica de sus relaciones causales.



MAPA 3. Tasas de inscripción del Plan Nacer según departamentos de Argentina 2008

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Plan Nacer.