PARA MEJORAR LA SALUD INFANTIL HAY QUE SEGUIR COMBATIENDO LA INEQUIDAD

Por Ana María Vega

El Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria (ISG), entrevistó a la destacada médica Zulma Ortiz, especialista en Salud UNICEF- Argentina y Docente del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, quien aseguró que para mejorar la salud infantil es necesario disminuir la inequidad. En esta entrevista, la Dra. Ortiz, aporta un valioso análisis de la situación actual de la salud infantil en Argentina.

1. ¿Cuáles son las cifras de mortalidad infantil en nuestro país?

En nuestro país nacen, por año, alrededor de 750.000 (745.336) niños y niñas; según las últimas estadísticas oficiales, del año 2009, 9000 fallecieron en el primer año de vida. Esto representa que de cada 1000 niños y niñas que nacen, 12 fallecen dentro del primer año de vida.

La mayor parte de estas muertes (6000) ocurren dentro del mes de vida y sobre todo, dentro de la primera semana de vida, lo cual muestra la enorme gravitación que poseen en las cifras de mortalidad infantil los problemas que ocurren durante el embarazo y el parto así como la calidad de la asistencia en las primeras horas de vida de un recién nacido. En otras palabras, podría explicarse por el menor acceso a

medidas de atención primaria de la salud, especialmente en los segmentos que se encuentran en la pobreza extrema, mientras que la mortalidad neonatal ocurre en niños que tuvieron diversos contactos con los servicios de salud durante el evento que les causó la muerte.

2. ¿Cómo han variado estas cifras en los últimos 10 años?

Desde el año 1980 al año 2009, se ha observado un descenso significativo de las cifras de mortalidad infantil. Sin embargo, desde 1990 la diferencia entre las dos provincias con la mayor y menor TMI se ha ampliado. En el año 1980, por cada 1000 recién nacidos, 32 fallecían antes del año de vida. En el año 2009, se lograron reducir estas muertes a 12, lo que representa un descenso del 64%. El mayor descenso se logró en mortalidad post-neonatal, que son las muertes que ocurren entre el mes y el año de vida. La cantidad de muertes durante el primer mes de vida también evidenciaron un descenso, aunque de menor magnitud. Este descenso es muy importante; sin embargo, la velocidad de descenso no fue constante a lo largo de todo el periodo, es menor a la observada en igual periodo en otros países latinoamericanos y presenta grandes variaciones entre provincias.

3. ¿Cuáles son las provincias que han mostrado más avances y cuáles menos?

Es muy importante analizar el comportamiento de este indicador en las distintas provincias, porque detrás del descenso de la tasa de mortalidad infantil a nivel país, se ocultan situaciones de profunda inequidad.

En el territorio nacional, hay provincias con indicadores similares a los observados en países desarrollados. Tal es el caso de Tierra del Fuego o Neuquén, que, en el año 2009, presentaron tasas de 4,6 y 7,6 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente. En el otro extremo, Formosa y Chaco, reportaron para ese mismo año, valores de 20,5 y 17,8, respectivamente: una diferencia de aproximadamente 16 puntos entre la tasa provincial más baja (Tierra del Fuego) y más alta (Formosa).

No solo existen diferencias entre las provincias respecto a la situación actual de la mortalidad infantil. Si observamos el comportamiento del indicador en los últimos 30 años, veremos que la magnitud del descenso ha sido muy diferente en las distintas provincias. El mayor descenso se observa en Jujuy, que partió, en el año 1980, con una tasa de 51,8 ‰ (una de las más altas del país) y llego, en el año 2009, a una tasa de 11,5 ‰ (un descenso de 77%). Un descenso similar se observa en Tierra del Fuego, la que, sin embargo, partió en 1980 de una tasa mucho menor a la de Jujuy: 20,3 ‰ y para el año 2009, una tasa de 4,6 ‰. Formosa en cambio en 1980, presentaba una tasa de mortalidad infantil de 33,2 ‰ y en el año 2009, 20,5 ‰ aquí el descenso fue del 46%. No debería tomarse el dato sin analizar el contexto histórico de estas provincias para poder entender los determinantes de

estas diferencias. No se trata de emitir juicios sobre el mejor o peor indicador sino de entender donde se nace y como eso determina las oportunidades de vivir. Sólo a modo de ejemplo en Formosa existe una población indígena, mientras que en Tierra del Fuego no, esto demanda desde un análisis diferente en cuanto a la cosmovisión de estas comunidades hasta las políticas macroeconómicas que pudieran haber afectado el desarrollo de Formosa por ejemplo.

4. ¿Qué zonas son las más vulnerables y cuáles menos?

Claramente, la zona geográfica más vulnerable es el noreste argentino y la menos vulnerable, el sur y la capital del país. Debe tenerse en cuenta que la tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores más relevantes y sensibles para la valoración de las condiciones socioeconómicas, de salud y calidad de vida de las poblaciones. Las tasas más elevadas se observan en los sectores de pobreza extrema y con dificultades en el acceso oportuno a los servicios de salud.

5. ¿Cuáles son las principales causas de mortalidad?

Las dos causas principales de las muertes infantiles en nuestro país son la prematurez y el bajo peso al nacer. El 50% de los niños y las niñas que fallecen por año en Argentina antes de cumplir el año de edad son prematuros (4.500 de 9.000). La sobrevida de los recién nacidos prematuros es muy diferente dependiendo de la edad gestacional y el peso con el que nacen: cuanto menor es la edad gestacional y

el peso, mayor es su inmadurez, su vulnerabilidad ante los eventos adversos y, por lo tanto, el riesgo de morir.

El mayor problema se observa en los prematuros con menos de 1500 gramos. En nuestro país, la sobrevida al año de este grupo es baja cuando se la compara con la sobrevida observada en países de ingreso alto (63% vs. 90%, respectivamente). Estos valores reflejan la inequidad que existe en el acceso a una atención altamente especializada de estos recién nacidos y la presencia de muchos otros factores de riesgo que podrían estar determinando una sobrevida menor.

6. ¿De las principales causas de mortalidad infantil, cuáles son prevenibles y en qué se ha avanzado para disminuir los índices?

Se considera que las muertes infantiles reducibles son aquellas cuya frecuencia podría disminuirse en función de la aplicación del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas fundamentalmente a través de los servicios de salud. Según las últimas estadísticas oficiales correspondientes al año 2009, de las 6000 muertes neonatales, aproximadamente 3000 (50%) serian reducibles a través de un diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo, el parto y el recién nacido. En otras palabras, si lográramos mejorar el acceso a los servicios de salud y garantizar una adecuada calidad de atención de la madre durante el embarazo y el parto y de los recién nacidos internados, en particular de los prematuros de muy

bajo peso, sería posible reducir la cantidad de muertes neonatales a la mitad. Algo similar sucede con las muertes de los niños que poseen entre un mes de vida y un año (muertes postneonatales), ya que cerca del 50% se consideran reducibles a través de la prevención y/o tratamiento oportuno.

En el año 2004, el Ministerio de Salud de la Nación y Unicef, realizaron un estudio exhaustivo sobre las causas de muertes de menores de 5 años en la Argentina (Estudio EMMA). Se incluyeron 500 casos correspondientes a defunciones ocurridas en el período neonatal, 700 en el período postneonatal y 600 en niños de 1 a 4 años. Este estudio evidenció que un número importante de muertes estaban efectivamente relacionadas con los problemas de acceso y calidad de la atención. Un dato que habla por sí mismo: 43% de los niños fallecidos habían recibido atención médica por la causa de la defunción en forma previa a la hospitalización durante la cual se produjo la muerte.

Frente a esta problemática, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó un Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil. Entre estas líneas se destacan el fortalecimiento de la atención en el primer nivel, a través de la mejora de las acciones de prevención y promoción de la salud, la búsqueda activa de la embarazada, el mejoramiento de la cantidad y calidad de los controles prenatales, la optimización de los recursos humanos actuales y la incorporación de actores de la comunidad al sistema de salud. En un segundo y tercer nivel, se está trabajando

para la transformación de las maternidades en maternidades seguras y centradas en la familia. En este sentido, se busca incrementar el grado de cumplimiento de las maternidades de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) dado que una evaluación de las maternidades y servicios de neonatología realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, en los años 2009 y 2010, de 522 maternidades evaluadas, solo el 40% cumplían con todas las CONE y en lo que respecta a los servicios de neonatología, solo 30% de las 553 maternidades disponían de este servicio. Por este motivo, se ha propuesto la regionalización de la atención, de manera de hacer un mejor uso de los recursos existentes.

Unicef ha definido como una de sus líneas de acción para el quinquenio 2010-2014, a la transformación de 100 maternidades públicas en maternidades seguras y centradas en la familia (MSCF), contribuyendo, de esta manera, a las acciones emprendidas por la Nación y los gobiernos provinciales. Para el 2012 hemos comprometido, con foco en 10 provincias del norte argentino, que las familias atendidas en 50% de los hospitales con maternidades que tienen más de 1000 partos por año (que en nuestro país son 100) cuenten con los beneficios de esta transformación y monitoreen activamente su propia calidad con relación a las normas nacionales de calidad. La manera en que MSCF promueve el logro de los ODM es a través de acciones concertadas con todas las fuerzas vivas de la

sociedad civil, el gobierno nacional, los provinciales y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud materna y perinatal.

7. ¿Qué opinión tiene sobre la asignación universal por hijo y por embarazada? ¿Ha tenido algún impacto en la disminución de la mortalidad infantil?

Políticamente es una medida necesaria y útil para disminuir las brechas en el acceso y contribuir a mejorar la calidad de atención. Técnicamente, la asignación universal por hijo y por embarazada es un instrumento de financiamiento a la demanda que buscan a través de distintos mecanismos, como el empleo de vouchers, las transferencias condicionadas o fondos de préstamo, incrementar la utilización de los servicios de salud por parte de las poblaciones con mayor vulnerabilidad y problemas de acceso. Lo que se sabe, a partir de distintos estudios que evaluaron el impacto de este tipo de instrumentos de financiamiento, es que pueden ser efectivos en la reducción de las barreras de acceso de las embarazadas y en el incremento de los controles prenatales

8. ¿En qué medidas deberían poner más énfasis los gobiernos provinciales para disminuir sus índices de mortalidad infantil?

La construcción de una agenda con temas prioritarios exige definir a priori el nivel que se pretende analizar. No es lo mismo definir una agenda a nivel nacional, regional o provincial. Inclusive dentro de una misma provincia los diferentes

determinantes sociales pueden poner en la lista problemas en un municipio que no existen en otro. Otro aspecto importante a tener en cuenta para definir prioridades es el grupo etario; por ejemplo, las lesiones intencionales y no intencionales son un problema en el grupo de 5 a 24 años, con mayor incidencia de suicidios en el grupo de 15 a 19 y de lesiones no intencionales o mal llamados “accidentes” de 5 a 14.

La situación de salud de la Argentina se caracteriza por la presencia de un perfil epidemiológico dual, en el cual coexisten enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, a lo que se suman nuevas o emergentes amenazas. Si bien en los últimos años se han observado mejoras en los indicadores de salud, existen grandes diferencias entre provincias, producto de los distintos grados de desarrollo socioeconómico de cada una de ellas. La disminución de las brechas de inequidad es la agenda que debería guiar a los gobiernos provinciales. Estar allí donde no se llega y si se toman en cuenta indicadores como la mortalidad infantil y materna, la prematurez y la regionalización son dos temas que deberían ser considerados en la agenda provincial.