

Razones para una caída histórica

La tasa de mortalidad infantil registra el nivel más bajo de las últimas tres décadas



Entre los años 2003 y 2005 el índice de mortalidad infantil registró la caída más pronunciada desde que existen mediciones. Según diversos especialistas este descenso es producto de las estrategias puestas en marcha en el sector salud, entre las que se destaca la Atención Primaria de la Salud.

“**A** lo largo de años de trabajo en pediatría, docencia y, particularmente en complejidad neonatológica, vamos viendo cómo algunos indicadores se modifican en función de estrategias de intervención que provocan fenómenos a nivel social e impactan en la salud”, dice la Dra. Herminia Itarte, directora del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, centro de referencia provincial y nacional en alta complejidad pe-

diátrica y en la formación de recursos humanos.

Por diversas razones, el índice más sensible con que puede medirse la efectividad de esas estrategias de intervención es el de mortalidad infantil. Sus resultados muestran una muy saludable mejoría a lo largo de los años. “En las dos últimas décadas se registraron momentos de descenso importantes –cuenta la Lic. Elida Marconi, directora de Estadísticas del Ministerio de Salud

de la Nación desde hace 22 años–. Entre 1984 y 1985, la tasa bajó de 30,4 a 26,2 por cada mil nacidos vivos. Luego la tendencia se amesetó alrededor de esa cifra durante una década y volvió a bajar a 22,2 en 1995 manteniendo una leve tendencia descendente hasta 2002”.

Ese año, con una brutal crisis como fondo –y contra lo esperado– las cifras de mortalidad infantil subieron solamente algunas décimas. “Pero posteriormente –continúa la estadígrafa– se inicia una pronunciada tendencia descendente que llevó estos índices a 16,5 por mil en 2003, para bajar a 14,4 en 2004 y llegar a 13,3 el año pasado”.

Los avances en la medicina pueden explicar parte de esta reducción en los números a menos de la mitad en dos décadas, pero no parecen ser el factor más determinante. “Hace 30 años la población de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales tenía una muy alta incidencia de prematuros y se consideraba aborto si pesaba menos de 500 grs. Los recibíamos de 450 o menos, y era difícil pensar en su supervivencia –cuenta Itarte, quien ingresó al Sor María Ludovica como estudiante hace 40 años y lo dirige desde hace 8–. Lo que cambió esta situación fue que las maternidades pasaron a tener su propia atención de mayor complejidad para los na-

cidos. Los prematuros comenzaron a estar donde deben, con su mamá, y no internados en un centro de referencia alejado”.

“Esto es un ejemplo –prosigue la médica– de cómo decisiones en el sector Salud pueden influir sobre causas muy importantes de la mortalidad infantil. Otro más reciente se dio con la epidemia de bronqueolitis en 2003, que nos sorprendió a todos por su magnitud e impacto. Para 2004 estábamos alertados, atentos a las previsiones epidemiológicas sobre magnitud y tipos de virus. A nivel provincial y nacional se crearon sectores de atención preparados: en el hospital, el de pre-hospitalización; en las unidades sanitarias, las Postas de Bronqueolitis. Para 2006 se produjeron menos casos, pero con un virus más agresivo: atacaba sobre todo a bebés menores de tres meses y daba cuadros graves. Pudimos enfrentarlo por la estrategia implementada”.

Según explica Itarte, en las estadísticas de mortalidad infantil la mayoría de los casos por causas evitables son los que no accedieron a ninguna medida preventiva oportuna.

“Afortunadamente, puedo decir que está reduciéndose el ingreso de pacientes por causas evitables –se congratula–. Ahora existen redes más cerca del paciente y determinan que quien llega a nuestra institución realmente requiera mayor complejidad. Y sin duda hubo un cambio a partir de implementarse estrategias de atención primaria de la salud”.

“El nivel de la atención primaria no es el más bajo, puede ser el mejor –asegura la profesional– y es de un valor enorme. Bien implementado puede ser superior a la alta complejidad mal implementada que, a la vista, por tecnología, resulta tranquilizadora.



Por eso, aun trabajando en alta complejidad, tratamos de estimular a nivel docente, de residencias y posgrados, que se tome conciencia de su importancia”.

Las estrategias de atención primaria de la salud son mucho menos novedosas de lo que podría pensarse y aunque algunas experiencias ya demostraron su eficacia hace algún tiempo, recién en los últimos años comenzaron a difundirse ampliamente por América latina. “En el área de sistemas y políticas de salud hay intervenciones que tienen demostrado impacto –explica el Dr. Federico Tobar, consultor internacional en Salud–. Potenciando los centros de atención primaria se consiguen resultados espectaculares. En América, Cuba y Costa Rica han hecho milagros en el área de salud basados en esa estrategia. Tienen mucha menos tecnología que la Argentina, un tercio de sus camas de internación por habitante, pero resultados mucho mejores”.

El caso más documentado y trabajado es el “milagro” de Costa Rica, que consiguió bajar la tasa de mortalidad infantil llevándola al 10% de lo que era solamente con atención primaria, masificando el acceso. “Nuestro país cuenta con una plétora médica y tecnológica sobreabundante –afirma Tobar–. La atención primaria es todo lo contrario: baja tecnología, alto acceso y principalmente acciones. Son tecnologías simples y fáciles de apropiar por la comunidad, en muchos



La doctora Herminia Itarte, la licenciada Elicia Marconi y el doctor Federico Tobar.



países la hacen sin médicos, pero en Argentina hay tantos que sería una picardía”.

Para Tobar lo más llamativo en esta materia es que Occidente recién la haya incorporado a partir de la Conferencia de la OMS de Alma Ata en el año 1978, que la proclamó como estrategia. “En China, no tan conceptualizada, existe desde hace miles de años con casi todo lo consagrado por la OMS: acciones extra consultorio, médicos de cabecera que visitan casas periódicamente, que entregan medicamentos esenciales, la medicina como promoción de conductas saludables más que curativas. Alma Ata lo traduce a Occidente y consigue el compromiso de los países en asumirlo. Desde entonces hay mucha investigación demostrando su efectividad”.

Según el experto, en esto la universalidad es una cuestión clave. “No hay atención primaria focalizada –dice–. No se puede hacer desde una obra social o un seguro. Tiene que ser universal, es para todos o para ninguno. No sólo para los que no tienen cobertura. Ahora es-

tá empezando ha cambiar la política de focalización impuesta por el Banco Mundial de que los fondos sean sólo para los que no tienen obra social”.

Según el consultor, el informe del BM de 1993 “Invertir en salud” fue “la Biblia” de las reformas en el continente, una epidemia en la década pasada que dejó más de US\$ 100.000 millones de deuda externa a los países latinoamericanos aplicando a todos un mismo modelo. “El diagnóstico ya estaba hecho y era igual para todos sin importar las diferentes realidades de cada país –cuenta Tobar–. Pura política de mercado: satisfacer la demanda, hospitales públicos compitiendo con los privados y focalización, privatización y traspaso de responsabilidades de la Nación a las provincias”.

Salvo Uruguay, todos los países de la región aplicaron los dictados de este modelo. “En 15 años –enumera Tobar– la equidad en salud retrocedió muchísimo; hasta ser el peor continente en el mundo. No tenemos los peores indicadores en salud, pero sí grandes diferencias

Las experiencias en América latina

Los ejemplos de la efectividad de la atención primaria se están viendo y viviendo, además de la Argentina, en varios países de América latina. “Paraguay hizo el Programa de Cuidados Sanitarios Básicos, como nuestro Remediar –cuenta Tobar–, pero lleva botiquines a los tres niveles de atención: puestos, centros y hospitales. Con él en 6 meses creció 70% la consulta en puestos de salud y bajó 60% la internación por enfermedades respiratorias. En Ecuador están haciendo el Aseguramiento Universal en Salud. En Venezuela, en el programa Barrio Adentro los centros no son sólo médicos sino comunitarios: dan ayuda escolar, atienden problemas sociales de todo tipo, se tramitan documentos; con un esquema georeferenciado”.

El programa de mayor impacto en nuestra región es el Saúde da Família de Brasil que cubre a 90 millones de brasileños. “La mortalidad e internación son casi la mitad entre sus beneficiarios respecto a quienes aún no alcanza –ejemplifica–. Es atención primaria pura, con equipos de 10 promotores de salud, muchos son ex desempleados con entrenamiento mínimo. Cada uno timbrea casa por casa a 100 familias cada semana. Pesan, miden, preguntan y llenan una planilla que entregan a su médico coordinador”.

entre la atención a ricos y a pobres. Se concentró aún más que la distribución de la riqueza.

Se retrocedió en la formulación de políticas universales y se llegó a pensar que la atención primaria no debía ser universal. Y que sea universal es clave. Estas políticas del BM se están comenzando a revertir, todavía con dificultades. Hay un regreso a la universalidad y una vuelta al Estado en nuestro país. Esta es la primera vez que hay un programa de atención primaria nacional y universal en toda la Argentina enteramente gratuito”.

Para Tobar, la Argentina cuenta con muy buenas condiciones para expandir aún más las estrategias de atención primaria. “Acá hay quienes implementaron localmente equipos como los brasileños (ver recuadro) con gente de los planes Jefes y Jefas, pero por ahora no hay política provincial o nacional para hacerlo. Nuestro país tiene una distribución de centros de atención muy bien hecha, hasta en los lugares más recónditos hay un centro de salud con médico, acceso geográfico y gratuidad. La mitad de los centros de salud del conurbano bonaerense, donde más hay, fueron surgiendo por iniciativa de los vecinos que arman la salita y luego reclaman al municipio que se haga cargo, lo cual habla bien del funcionamiento de la comunidad. Estamos en perfectas condiciones para reevaluar estrategias que profundicen el concepto de atención primaria de la salud desde una perspectiva nacional”.

Los especialistas coinciden en resaltar la importancia de la atención más cercana a la gente: la efectuada en el propio barrio.

