

## La mortalidad infantil en Argentina es muy alta y puede ser reducida con un mejor uso de los recursos

*En este número de Empleo y Desarrollo Social se discute la problemática de la mortalidad infantil en la Argentina. A pesar de los avances, los niveles actuales son demasiados altos para el grado de desarrollo del país y el gasto público que se destina a la salud. En general, se tiende a atacar al problema con acciones de prevención y atención primaria materno-infantil, mientras una acción tan básica y estratégica como la provisión universal de servicios de agua potable y cloacas permanece fuera de la agenda. En el presente informe se presentan algunas recomendaciones orientadas a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos que se destinan a ambas áreas.*

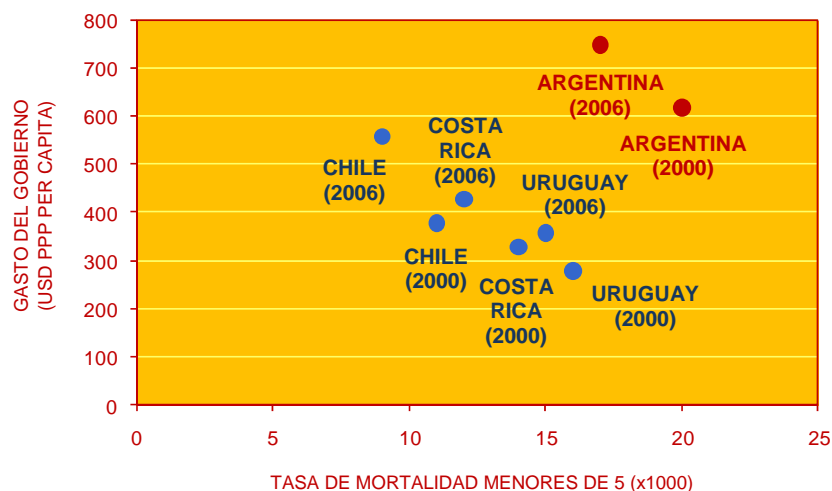
En general, suele considerarse que la mortalidad infantil es un problema asociado a las condiciones de vida que impone el subdesarrollo. Por este motivo, siendo la Argentina un país de desarrollo intermedio, se tiende a pensar que el problema habría pasado a un segundo plano y que las dimensiones relevantes de la pobreza serían otras, como la desnutrición o el bajo ingreso de los hogares pobres. No obstante, existe amplia evidencia sobre la severidad de mortalidad infantil en Argentina y, lo que es mucho peor, de que en gran parte ésta se produce por la falta de criterios adecuados en el uso de los recursos públicos.

Según el Ministerio de Salud de la Nación, la tasa de mortalidad infantil en niños menores de 1 año es de 13,3 por cada 1.000 nacidos vivos, por lo que unos 9.300 niños mueren antes de cumplir su primer año de vida. Si bien este indicador es el de uso más común, suele reflejar una realidad parcial porque es influenciado por la mortalidad neonatal, que es la que se produce antes de cumplir los 28 días de vida y está sensiblemente influenciada por las condiciones de gestación (casi 6.000 casos de los 9.300 son niños que mueren en los primeros 28 días). Un indicador más sensible a las condiciones de vida es la probabilidad de muerte antes de cumplir los 5 años. Según los datos oficiales, por año en Argentina mueren 15,6 niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos. En 2007, 10.912 niños murieron antes de cumplir los 5 años (incluyendo los 9.300 que mueren durante el primer año).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Argentina es uno de los países que mayor gasto público asigna a la atención de la salud, por encima de países comparables como Chile, Uruguay y Costa Rica. A pesar de esto, Argentina presenta tasas de mortalidad infantil sensiblemente mayores (Gráfico 1).

Gráfico 1:

**Mortalidad en menores de 5 años (2000 - 2006)**



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

EMPLEO Y DESARROLLO SOCIAL es una publicación de la Escuela de Economía "Francisco Valsecchi" de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la UCA. Su objetivo es brindar elementos para el análisis de las políticas públicas en el campo del empleo y presentar propuestas que apunten a la reducción de la pobreza y al desarrollo social de la Argentina. El contenido de este informe es responsabilidad de sus autores y no compromete a la Universidad Católica Argentina. Se autoriza su reproducción citando la fuente.

**E**ste hecho sólo podría justificarse si Argentina fuera un país con menores niveles de desarrollo. No obstante, si se aproxima el nivel de desarrollo utilizando al PIB per cápita medido en dólares de Paridad de Poder de Compra (PPP), los datos del FMI para octubre de 2009 muestran un PIB per cápita de USD 12.058 para Argentina, mientras que en Chile este indicador es de USD 13.067, en Costa Rica de USD 9.618 y en Uruguay de USD 10.448. Es decir, excepto el caso de Chile que presenta un PIB per cápita levemente superior, Costa Rica y Uruguay tienen valores inferiores a los de Argentina, de manera que la tasa de mortalidad infantil no presenta justificaciones desde este punto de vista, con el agravante adicional de tener un nivel de gasto público en salud sensiblemente superior al de todos estos países.

### Las causas de la mortalidad infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las principales fuentes de mortalidad infantil en el mundo son las afecciones neonatales. En este período, que va entre el nacimiento y los primeros 27 días de vida se manifiestan afecciones congénitas y otras vinculadas con la falta de atención de la madre durante el embarazo o el parto, o bien del niño durante los primeros días de vida. Estas afecciones representan el 37% de las causas de mortalidad en menores de 5 años en todo el mundo, seguidas por las neumonías (17%) y las diarreas (16%). Más atrás es posible encontrar causas como la malaria, el sarampión, HIV, accidentes y otras. En todo caso, lo relevante es que los tres factores principales son las afecciones durante el periodo neonatal, las afecciones pulmonares y la diarrea, que explicarían el 70% de la mortalidad infantil mundial.

En Argentina, los datos sobre la mortalidad infantil presentan severas limitaciones por problemas de registración. De todas formas, se señalan a las afecciones del periodo neonatal como la principal causa, seguidas por las enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales. Más allá de consideraciones metodológicas, lo relevante es que tanto las evidencias internacionales como la doméstica coinciden en que las causas de la mortalidad infantil pueden y deben combatirse. Las afecciones neonatales pueden evitarse con adecuadas políticas de prevención y atención primaria del embarazo y de los 3 primeros meses de vida. Las afecciones pulmonares y gastrointestinales pueden evitarse con acciones de prevención y atención primaria pediátrica, pero -lo que es más importante- con un tipo de acción que en la organización del sector público argentino no parece estar asociada a su alto impacto sanitario: la infraestructura básica de higiene pública, esto es, agua potable, cloacas y eliminación de residuos.

### Cómo combatir la mortalidad infantil

Un aspecto esencial en las políticas de combate a la mortalidad infantil es la prevención y atención primaria de la población materno-infantil. Esto es, acciones de monitoreo, control e intervenciones simples, realizadas

por enfermeras, paramédicos y trabajadores sanitarios, con la coordinación e intervención directa de profesionales médicos en los casos necesarios. Con estas medidas se procura atacar la mortalidad infantil que se da en el periodo gestacional y que se produce en los primeros 3 meses de vida. El plan consiste en detectar a mujeres embarazadas en los primeros meses de gestación para proporcionarles información acerca de cómo conducir nutricional y sanitariamente su embarazo, más los controles médicos imprescindibles para detectar y corregir anomalías. Para la atención del parto se busca que éste sea realizado con asistencia profesional en salas de parto, en condiciones apropiadas de asepsia, comodidad y privacidad, en lo posible de manera natural y con infraestructura para la atención de complicaciones. Una vez nacido el niño, los pasos que siguen consisten en controlar el proceso de recuperación de la puerpera (uno de los momentos más delicados para la salud de la mujer), la inducción al amamantamiento y la información a la madre para el cuidado y el control médico del niño. Pasado el parto, el seguimiento y control se enfoca básicamente en la salud del niño.

Esto es lo que la teoría indica. En la realidad, la responsabilidad por la prevención y la atención materno-infantil primaria en la Argentina es de las provincias. Este tipo de acciones no suelen demandar grandes volúmenes de recursos públicos, sino esfuerzo y capacidad de gestión (esencialmente se trata de hacer detección, seguimiento y monitoreo y brindar información a la madre, sin llegar a la necesidad de intervenciones complejas o costosas). Pero, adicionalmente, las provincias tienen la responsabilidad de brindar atención médica integral a la población sin cobertura de una obra social y este tipo de acción es altamente demandante de recursos e intervenciones de relativa complejidad. Para brindar estos servicios, las provincias suelen apelar a construir y administrar de manera directa hospitales públicos. Como el grueso de los recursos provinciales para la salud terminan siendo absorbidos por estos hospitales, las autoridades sanitarias provinciales tienden a tratar de ejecutar las acciones de prevención y atención primaria materno-infantil desde la infraestructura hospitalaria. El problema es que esta infraestructura no suele ser técnicamente apropiada para la prevención y atención primaria, por lo que las acciones terminan ejecutándose de manera parcial, sin controles de calidad y con poca efectividad.

El problema de la sobre-absorción de recursos sanitarios por parte de la estructura hospitalaria se ve reforzado por la sobre-demanda que sufren los hospitales públicos a raíz de las fallas en la cobertura de las obras sociales (sindicales, el PAMI y la obra social provincial). Como consecuencia de que los contenidos de los paquetes presenciales de la seguridad social no son consistentes con los recursos disponibles y que no hay una regulación pro-competitiva que induzca mejoras en la gestión de las instituciones, los afiliados experimentan deficiencias de cobertura.

La situación descrita obliga a los afiliados a recurrir a los hospitales públicos como única alternativa a la falta de prestaciones adecuadas de la seguridad social. Varias entidades de la seguridad social directamente derivan a sus afiliados al hospital público, al que luego algunas (PAMI) compensan con el pago de bajos aranceles. De esta manera, las fallas en la cobertura de la seguridad social absorben recursos que las provincias deberían destinar a la prevención y la atención primaria materno-infantil.

Actualmente, el gobierno nacional ejecuta el Plan Nacer, un programa financiado por el Banco Mundial que procura modificar la estructura de incentivos al interior de los hospitales públicos provinciales. La idea básica es inducir los esfuerzos necesarios para obtener mejoras cualitativas y cuantitativas en las acciones de prevención y atención primaria materno-infantil que deben ejecutar las provincias. Pero aún es prematuro observar sus impactos, ya que se encuentra en pleno proceso de ejecución.

### La prevención y la atención primaria materno-infantil son necesarias, pero no suficientes

Una interesante encuesta realizada entre especialistas por el British Medical Journal (2007) concluye que el descubrimiento considerado mayoritariamente como el más importante de los dos últimos siglos desde el punto de vista sanitario es la universalización de los servicios de agua potable y cloacas. El avance hacia una cobertura universal habría permitido obtener una reducción de la mortalidad infantil a niveles muy bajos. La universalización de la infraestructura de higiene pública fue una meta sanitaria alcanzada por primera vez en las ciudades de Alemania a finales del siglo XIX y luego emulada por Francia, Inglaterra y el resto de las ciudades europeas. Hacia 1920, los servicios básicos estaban muy difundidos en Europa y -antes que las acciones médicas- fue esta universalización de la higiene pública el factor que más contribuyó a que la mortalidad infantil cayera a tasas de un dígito, que hoy experimentan muchos países.

Está comprobado científicamente que las infecciones se originan en la diversidad de contactos que las personas pueden tener -en entornos con malas condiciones de vida - con restos de excrementos y otros residuos patogénicos. Por este motivo, las conexiones de agua potable y los sistemas de eliminación de excretas suelen ser poderosos dispositivos de reducción de la mortalidad. La OMS recomienda medidas de atención médica primaria para combatir la mortalidad infantil, pero sus advertencias se apoyan en una plataforma tan básica como la promoción de la lactancia materna en condiciones de higiene, el lavado de manos con agua no contaminada y jabón y la eliminación de las excretas. Las estimaciones de la OMS sugieren que el 88% de los casos de diarrea infantil -la causa de mortalidad infantil más evitable- se evita con agua potable, cloacas y promoción de la higiene individual. Esto es precisamente lo que falta en Argentina.

### La cobertura de agua potable y cloacas en la población urbana de la Argentina

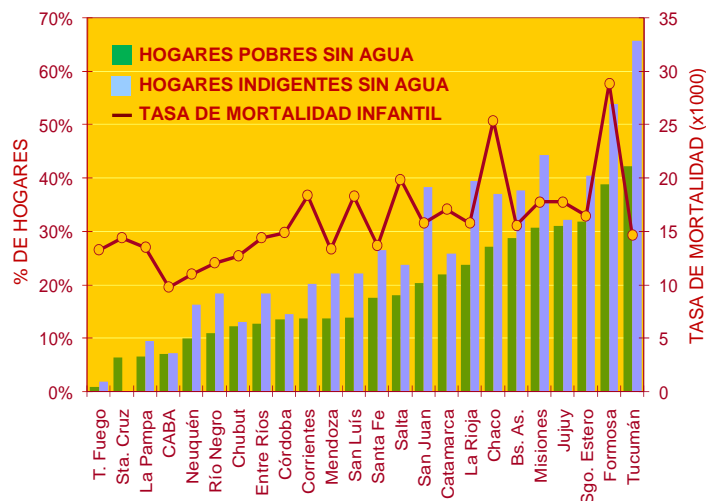
Desafortunadamente, no es posible contar con información actualizada del INDEC sobre las condiciones sociosanitarias de la población. Los últimos datos disponibles corresponden a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del 2º semestre de 2006. En ese momento había 7,2 millones de hogares en los grandes aglomerados urbanos de todo el país, de los cuales el 92% contaba con agua potable de red, el 89% tenía un sistema de eliminación de excretas con arrastre de agua y el 92% vivía alejado (a más de 3 cuadras) de un basural. Este panorama cambia significativamente cuando se analizan las condiciones de vida de la población pobre e indigente.

En el periodo de referencia se detectaron 1,4 millones de hogares pobres habitados por 6,5 millones de personas, de

los cuales 453.000 eran hogares indigentes habitados por 2,1 millones de personas. En estos lugares, la cobertura de la higiene pública es muy parcial. En los hogares pobres, el 25% no tiene agua potable de red dentro de la casa, proporción que aumenta al 33% entre los indigentes. Desde este punto de vista, habría aproximadamente 350.000 hogares pobres sin agua potable, de los cuales 150.000 son indigentes. Esta realidad se da más intensamente en el Norte del país y el Conurbano Bonaerense, precisamente donde la mortalidad infantil presenta una incidencia mayor (Gráfico 2).

Gráfico 2:

### Cobertura del acceso al agua potable

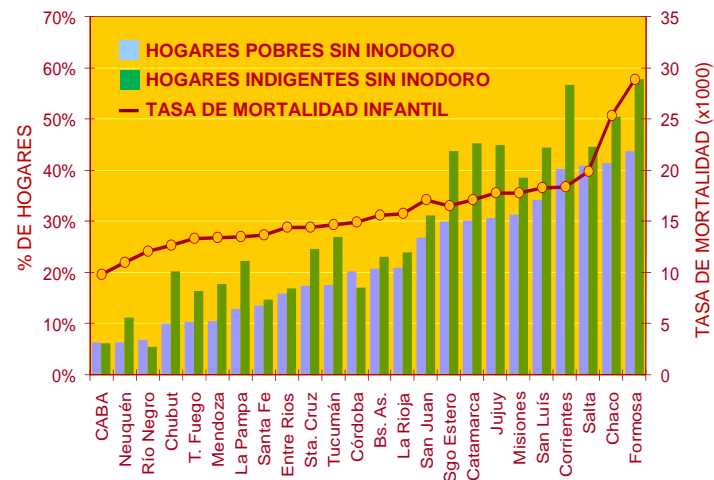


Fuente: elaboración propia en base a EPH del INDEC (2007-I)

Algo peor ocurre con la cobertura del sistema de eliminación de excretas. Entre la población pobre, el 33% de los hogares no tiene sistema de evacuación por inodoro con arrastre de agua y este indicador aumenta al 41% entre los hogares indigentes. Esto implica que casi medio millón de hogares pobres sufren estas deficiencias, de los cuales unos 190.000 son indigentes. Otra vez, el norte y el conurbano son las zonas más afectadas (Gráfico 3).

Gráfico 3:

### Cobertura del sistema de eliminación de excretas



Fuente: elaboración propia en base a EPH del INDEC (2007-I)

En lo que respecta a la cercanía de basurales, si bien a nivel agregado apenas el 8% de la población estaría expuesta a este riesgo patológico, esta exposición sube a un 16% entre los hogares pobres y a un 18% entre los hogares indigentes.

El hecho de que las provincias del norte y el conurbano sean las regiones más afectadas por las deficiencias de infraestructura sanitaria básica, no debiera hacernos perder de vista que aún la región patagónica tiene tasas de mortalidad de dos dígitos y un déficit de infraestructura básica (en particular cloacas) que no se condice con su capacidad adquisitiva. En cierto sentido, esta evidencia no hace más que confirmar los orígenes de estas deficiencias de infraestructura de higiene pública básica. Antes que un problema de falta de recursos, se trata de una absoluta carencia de sentido estratégico para ejecutar la necesaria inversión pública.

### La inversión en agua potable y alcantarillado

Además de las acciones de prevención y atención primaria materno-infantil, las provincias y municipios son responsables también por la provisión de agua potable y la eliminación de excretas. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un creciente protagonismo de la jurisdicción nacional en la toma de decisiones sobre la infraestructura básica de higiene pública. Así es como la inversión total en agua potable y alcantarillado se multiplicó casi por 3 en términos reales entre 2000 y 2007 (último dato disponible), de \$730 millones a \$2.297 (a precios de 2007). En lo que respecta a la composición del gasto, las provincias pasaron de gastar \$629 millones en el 2000 a \$1.575 millones en 2007, es decir, más que duplicaron su inversión. En cambio, la jurisdicción nacional, que en el 2000 gastaba \$100 millones, pasó a gastar \$722 millones. Esto es, multiplicó por 7 su inversión en este recurso estratégico.

Los resultados de este creciente protagonismo de la jurisdicción nacional en la inversión en agua potable y cloacas no han sido buenos. Los datos muestran que Argentina gasta ahora más que en el año 2000, pero su tasa de mortalidad infantil -mayor que la de Chile, Uruguay y Costa Rica- no se condice con su nivel de desarrollo relativo. Las causas no son difíciles de reconocer: la excesiva concentración de recursos y decisiones a nivel central burocratiza el proceso de toma de decisiones detrás de las inversiones públicas, lo tiñe de sesgos partidarios, electorales y clientelares que conducen a una priorización de proyectos alejados de las necesidades sanitarias básicas y estratégicas. Según esta lógica, es más conveniente impulsar una obra de alta visibilidad mediática e impacto electoral que proveer de agua potable y cloacas a la población de villas de emergencia. El Presupuesto 2010 asigna \$1.848 millones en subsidios a la aerolínea estatal mientras que la provisión de agua potable y saneamiento sólo recibe \$603 millones. Además de esta visible asimetría de prioridades, la distribución de los recursos para agua y saneamiento entre las provincias no tiene relación con la mortalidad infantil. Varias provincias con alta mortalidad infantil no están incluidas para recibir fondos de la Nación para agua y saneamiento o solo recibirán una mínima proporción de los recursos disponibles.

### Recomendaciones de política

En teoría, existe un amplio consenso en torno a la importancia que tienen las acciones de prevención y atención primaria materno-infantil. Pero este consenso no es el mismo -al menos a nivel de las autoridades políticas nacionales, provinciales y municipales- en una cuestión que es tanto o más importante y más básica que la atención primaria, como la universalización del acceso al agua potable y cloacas. Es indudable que se trata de un aspecto de la agenda estratégica de la política pública que necesita ser reforzado.

En este sentido, resulta necesario asignar muchos más recursos a la inversión destinada a proveer de agua potable y servicios de saneamiento básico a la población, lo que beneficiará particularmente a pobres e indigentes. Un objetivo deseable sería alcanzar la cobertura universal en estos servicios hacia 2015. Para esto, la Nación no debería ejecutar las obras de manera directa, sino transferir mayores recursos a las provincias en función de metas y parámetros específicos.

En lo que respecta a las intervenciones para la atención materno-infantil que hoy se ejecutan desde el Plan Nacer, se deberían profundizar las rendiciones de cuentas sobre algunos resultados sanitarios que se plantean como claves: (1) captación temprana de la embarazada; (2) efectividad del cuidado prenatal y prevención de la prematuridad; (3) efectividad de la atención del parto y neonatal; (4) auditoría de muertes infantiles y maternas; (5) cobertura de inmunizaciones; (6) cuidado sexual y reproductivo; y (7) seguimiento de niños sanos hasta los 6 años. A la fecha no hay datos públicos que documenten los logros alcanzados ni existe un adecuado seguimiento del impacto del Plan. Sin un adecuado seguimiento parece poco probable que se obtengan los resultados esperados.

Otro aspecto importante son las acciones de "lucha contra el hambre" que se mencionaron en el informe Empleo y Desarrollo Social No. 22. Es evidente que estas acciones son complementarias de las políticas dirigidas a reducir la mortalidad infantil. Para esto, el Estado debiera tener una política activa de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan para disminuir el hambre en la Argentina, como así también de aquellas que se dedican a la prevención y recuperación de los niños desnutridos o con un alto riesgo nutricional.

Finalmente debe mencionarse que la jurisdicción nacional tiene una alta responsabilidad en conseguir que las obras sociales funcionen correctamente y dejen de descargar pacientes en los hospitales públicos provinciales. Esto permitiría liberar recursos que debieran ser canalizados al combate de la mortalidad infantil. Por otra parte, las provincias deberían implementar medidas para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos que actualmente destinan a la salud.

