

INEQUIDAD GEOGRÁFICA EN SALUD LA DISPAR EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA ARGENTINA

Esta investigación sugiere que una de las explicaciones a la baja convergencia en la tasa de mortalidad infantil es la falta de políticas de salud sostenidas en el tiempo que, más allá de aspectos coyunturales, permitan la reducción sostenida de las desigualdades observadas.



Por **Natalia Jorgensen y Martin Langsam**

La equidad en el acceso a los servicios de salud es un tema prioritario tanto en la agenda de políticas públicas internacional como nacional. Uno de los objetivos actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es disminuir al mínimo las inequidades en salud, entendida ésta como la existencia de desigualdades en salud sistemáticas, injustas y evitables (OMS, 2008). Las diferencias sistemáticas son producto de factores sociales, económicos o bien son generadas por desigualdades en el acceso, utilización, calidad o financiamiento de los servicios de atención de la salud.

La relación negativa entre las desigualdades sociales y económicas y

Los autores agradecen especialmente la colaboración del Dr. Rubén Torres en la elaboración de este trabajo. Parte de los resultados aquí descriptos fueron incorporados en su último libro.

Natalia Jorgensen es Economista (UNMdP), Mg. en Economía Industrial (Universidad Carlos III) Madrid. Docente e investigadora (Universidad ISALUD).

Martin Langsam es Sociólogo (UBA), Mg. en Políticas Públicas para América Latina (Oxford U) Reino Unido, Secretario de CyT, docente e investigador (Universidad ISALUD).

distintas medidas de salud han sido ampliamente estudiadas y comprobadas, sobre todo en aquellos grupos más vulnerables como son los niños en sus primeros años de vida. El proceso de crecimiento y desarrollo, sobre todo en los primeros años de vida, es muy sensible a situaciones medioambientales adversas (OPS, 2001). Existen factores biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales, de atención de salud y geográficos que influyen en el nivel de la mortalidad infantil. Tal es así que la tasa de mortalidad infantil (TMI) y sus componentes principales (tasas de mortalidad neonatal y postneonatal), no sólo miden el riesgo de muerte en los niños desde el nacimiento hasta que han cumplido un año de vida sino que son habitualmente utilizadas como indicadores directos del desarrollo social de un país o región. En general, es empleada con cuatro objetivos: como meta de desarrollo, como factor de crecimiento económico, como medida de desempeño de una gestión y como indicador de valores futuros esperados¹.

Argentina ha realizado un importan-

te esfuerzo para mejorar la situación sanitaria materno-infantil en los últimos años, sobre todo a partir del retorno de la democracia en 1983. Esto queda en evidencia en el descenso de la TMI a nivel agregado en los últimos 30 años, tal como se aprecia en el gráfico 1.

Sin embargo, si se trabaja con más detalle y se observan los datos desagregados a nivel subnacional y su evolución, parecería que todavía se está por debajo de las posibilidades de mejora. La TMI ha disminuido en forma significativa, pero no se han acortado, en igual magnitud, las brechas interprovinciales, siendo las provincias que componen el NEA y el NOA las más retrasadas.

Sintéticamente, podemos preguntar: dada la tendencia actual ¿Es posible que las importantes brechas regionales que todavía se observan tiendan a desaparecer? y, de ser así, ¿Cuánto tiempo (en promedio) cabría esperar para reducir a la mitad las diferencias observadas actualmente?

Dispersión regional y convergencia de la TMI

Para medir las desigualdades entre grupos poblacionales se pueden utili-

1 Para una explicación resumida de este tema ver el artículo producido por Federico Tobar en el número 15 de esta misma revista (2008).

Gráfico 1. Evolución de la TMI, post-neonatal y neonatal. Argentina 1980-2012

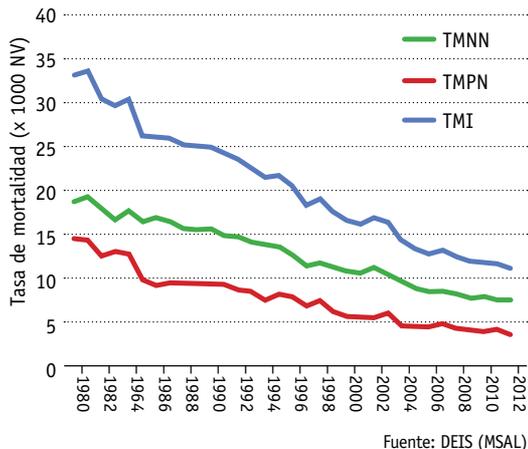
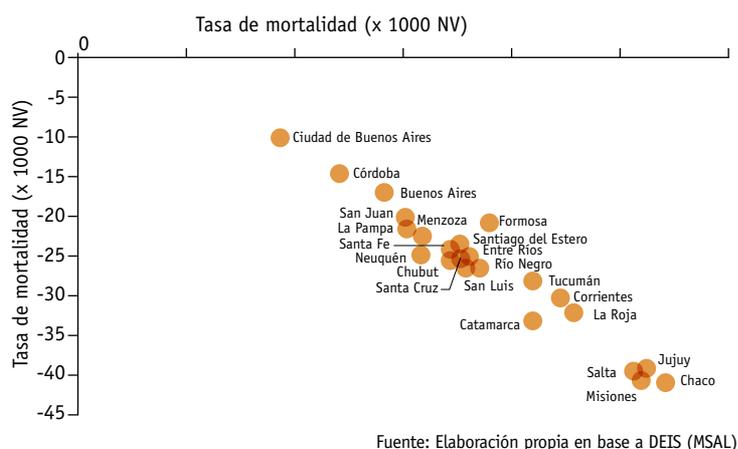


Gráfico 2. Diagrama de dispersión que relaciona la variación acumulada en la TMI (1980-2012) y la TMI en 1980



zar distintas herramientas, desde indicadores simples como diferencias absolutas o relativas hasta indicadores más complejos como índices de concentración. Si uno quiere analizar la evolución temporal puede comparar estos indicadores en distintos momentos del tiempo o construir algún indicador que modele la dinámica. La metodología seguida es la de convergencia regional. En primer lugar se realiza un análisis clásico de convergencia en media (Beta convergencia) y en varianza (Sigma convergencia) (Sala-i-Martin, 1996). Luego se estima la función de densidad para períodos quinquenales y finalmente se contrasta la hipótesis de Gamma convergencia, para analizar los cambios de orden en el ranking por provincias con respecto a este indicador. La idea central detrás del concepto de beta convergencia es que, para que exista convergencia (i.e. que los niveles de las TMI de las distintas provincias se acerquen entre sí), tiene que observarse una correlación inversa y significativa entre el estado de dicho indicador en el momento inicial y su tasa de variación a lo largo de un periodo. En nuestro caso, bajo el supuesto de rendimientos marginales decrecientes², existirá convergencia

beta absoluta si las provincias con TMI más altas en 1980, decrecen más rápidamente que el resto de las provincias durante el período estudiado. Esto es lo que ocurre con la mayoría de los indicadores demográficos: cuánto más elevado es el nivel inicial del indicador, mayores posibilidades de reducción habrá y a la inversa. Por otro lado, la convergencia sigma se refiere a la evolución de la dispersión en la distribución de la sección cruzada de una variable, en nuestro caso la distribución por provincias de la TMI. Desde esta perspectiva, existe convergencia si la dispersión de la variable en estudio se reduce en el tiempo. Este enfoque nos permite medir la evolución de las disparidades geográficas en la TMI. Si la dispersión disminuye con el tiempo hay convergencia sigma, con independencia de la evolución de cada una de las provincias en la distribución.

Algunos resultados preliminares

Específicamente, a partir del análisis realizado³ podemos aseverar que:

- Las diferencias absolutas en la TMI entre provincias argentinas se han reducido entre 1980-2010: Las provincias que mayor tasa de decreci-

miento presentan entre 1980 y 2012 son aquellas que mayores tasas tenían en 1980. (Ver gráfico 2).

- Sin embargo, la tasa de convergencia estimada es muy baja (inferior al 2% anual). Esto supone que de continuar la tendencia observada en los últimos 30 años, reducir a la mitad las diferencias observadas llevaría aproximadamente 54 años.
- Al analizar la convergencia de la TMNN para todo el período, la tasa de convergencia estimada es significativa y alcanza el 1,7%, lo que en promedio significan 40 años para reducir a la mitad las diferencias observadas si la tasa de decrecimiento promedio fuera del 1,6% anual. El análisis por décadas muestra que la convergencia en la TMNN recién comienza a ser estadísticamente significativa en la última década, con una tasa de convergencia para dicho período del 4,4% anual, lo que significa una reducción a la mitad de las diferencias observadas en la TMNN en 15 años. Sin embargo, durante la última década la evolución en la convergencia de la TMNN se ve contrarrestada por la no convergencia en las tasas de mortalidad post-neonatal (si bien el coeficiente estimado resulta ser negativo, la estimación no es estadísticamente significativa). Al replicar el ejercicio para la década del

² Para una explicación breve y precisa del significado de este término en el contexto de la TMI ver el artículo mencionado de Federico Tobar (Revista Isalud, n°15, 2008).

³ Este artículo es un resumen elaborado para difusión. El trabajo completo será publicado próximamente.

90 no se puede rechazar la hipótesis de no convergencia (el coeficiente de convergencia no resulta ser estadísticamente distinto de cero) ni en la TMNN ni en la TMPN. Esto implica que los avances en materia de mortalidad infantil en dicha década fueron muy limitados. Por último, la década del 80 presenta la tasa de convergencia más elevada en su conjunto (2,5% anual), siendo estadísticamente significativa. La convergencia en este período se da por la convergencia en la TMPN que alcanza un 3,7%.

- Los resultados descriptivos respecto de sigma convergencia permiten aseverar que las medidas absolutas de dispersión han disminuido en el tiempo (i.e. desvío estándar y rango). Sin embargo, las medidas relativas (ratio entre el valor máximo y mínimo ó el coeficiente de variación) no lo han hecho: El coeficiente de variación en 1980 era del 29% en comparación con el 25% en 2012. La razón de tasas tampoco presenta una disminución en el período: bajo este indicador la máxima TMI registrada en 1980 era 2,9 veces superior que la mínima en comparación con 2,5 veces superior en 2010-2012.
- Al analizar por separado el comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal se observa una disminución de la variabilidad en la tasa posneonatal y un aumento en la variabilidad relativa de la neonatal.
- Por otro lado, la variabilidad observada no puede ser atribuida al azar, hay otros factores, algunos observables y otros no, que difieren entre provincias e influyen la variabilidad observada en las TMI. Factores que se intentara modelizar en extensiones al presente análisis.
- La estimación de gamma convergencia permite aseverar que no hay evidencia de existencia de mo-

Tabla 1. Beta convergencia provincial. Argentina 1980-2010 por décadas

		1980-1989	1990-1999	2003-2012
Mortalidad infantil	Tasa de convergencia	-2,8%** IC: (-2,9%;-2,5%) MGS	-0,19% IC: (-0,7%;-0,02%) MNGS	-3,2%** IC: (-3,5%;-2,9%) MGS
Mortalidad neonatal	Tasa de convergencia	-2,7%** IC: (-3%;2,3%) MGS	-0,5% IC: (-1,2%;-0,1%) MNGS	-4,5%** IC: (-4,9%;4,2%) MGS
Mortalidad postneonatal	Tasa de convergencia	-2,7%** IC: (-2,9%;-2,4%) MGS	-0,7% IC: (-1,0%;-0,3%) MNGS	-0,10% IC: (-1,3;-0,7%) MNGS

(**) Coeficiente significativo al 95%

(*) coeficiente significativo al 90%

Estimaciones con bootstrap en 1000 repeticiones; MGS: Modelo globalmente significativo; MNGS: Modelo no globalmente significativo

vilidad transversal (entre provincias) para la distribución de TMI en el período 1980-2012. Chaco, Formosa y Corrientes siguen siendo las provincias que mayor vulnerabilidad presentan independientemente de las “conquistas” en la reducción de la TMI.

Los presentados son resultados preliminares y están expuestos a las limitaciones en el número de observaciones y no son independientes de los supuestos de los modelos subyacentes. Sin embargo, el estudio sugiere que una de las explicaciones a la baja convergencia en la TMI es la falta de políticas de salud sostenidas en el tiempo que, más allá de aspectos coyunturales, permitan la reducción sostenida de las desigualdades observadas. Esfuerzos de corto plazo que luego no sean continuados conducirán a resultados pobres en el largo plazo.

En el presente análisis se ha hecho hincapié el proceso de convergencia de la TMI en Argentina para el período 1980-2012 utilizando distintas me-

didias de convergencia. Como se ha evidenciado en trabajos anteriores, la TMI en términos absolutos y a nivel agregado tiene una tendencia claramente decreciente. Sin embargo, la pregunta pertinente sería si la TMI ha disminuido todo lo esperable dadas las tasas de crecimiento del PIB de la última década, la evolución del gasto en salud y los programas específicos destinados a mejorar la salud materno infantil.

La comparación de Argentina con otros países de la región no muestra un panorama muy favorable. La posición relativa de Argentina en términos de salud ha ido empeorando desde inicio del Siglo XX, evidenciándose en otros países con ingreso per cápita similar (Costa Rica, Uruguay) un ritmo de decrecimiento mayor en la TMI (Tobar, 2008). Tampoco es tan favorable la comparación al interior del país en donde observamos que las desigualdades persisten más allá de la disminución en los valores absolutos de los indicadores para cada una de ellas. 

Referencias

- OMS (2008). Informe de la salud en el mundo. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca.
- OPS (2001). Desigualdades en la mortalidad infantil en la región de las Américas: elementos básicos para el análisis. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 2, junio.
- Sala-i-Martin, Xavier (1996) Regional Cohesion: Evidence and Theories of Regional Growth and Convergence. European Economic Review, Vol. 40, No. 6, pages 1,325-52.
- Sala-i-Martin, Xavier (1996) The Classical Approach to Convergence Analysis. Economic Journal, Vol. 106, No. 437, pages 1019-36.
- Tobar, Federico (2008) ¿Qué indica la tasa de mortalidad infatnl? Revista Isalud, n° 15, págs. 27-34.
- Torres, Rubén (2015) Política sanitaria en el país de los argentinos. Reflexiones para el día después. Ediciones Isalud.
- UNICEF (2007). Aportes para el análisis y la reducción de las muertes de menores de 5 años n la Argentina. Resultados y conclusiones Del EMMA.