

Mortalidad infantil en la Argentina y en Chile entre 2002-2012

Un ejercicio de análisis comparado



Por Alejandra María Irurzun

Lic. en Sociología (UBA)
Docente de epidemiología y estadística
(Universidad ISALUD)
Docente del programa de capacitación
de auxiliares de estadísticas de salud
(Instituto Superior de la Carrera, GCBA)



Por Natalia Jorgensen

Economista (UNMDP)
Mg. en Economía (UdeSA)
Mg. en Economía Industrial
(Universidad Carlos III) Madrid
Docente e Investigadora
(Universidad ISALUD)



Por María Eugenia Royer

Licenciada en Sociología, UBA.
Profesora Asociada de Epidemiología
y Demografía, Universidad ISALUD
Jefa del Departamento de Análisis
Estadístico, Ministerio de Salud,
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

1. Introducción

El estudio de la mortalidad constituye una forma indirecta de conocer el estado de salud de una población, junto con la morbilidad y la discapacidad. La medición directa de la salud se encuentra con la gran limitación de establecer criterios objetivos para dar cuenta del continuo de posiciones que puede ocupar el estado de salud de las personas. En ese continuo, la muerte es sin duda, un resultado irreversible. Resultado que si bien a la larga no puede ser evitado, adquiere creciente dramatismo cuanto más precozmente ocurre, ya que una muerte precoz es, en la mayoría de los casos, reducible. Esa muerte podría no haber ocurrido e interpela la conciencia de la sociedad y de los servicios de salud.

Hoy hay plena conciencia que basar el diagnóstico de salud de una población y el consecuente trazado de planes y programas en la información de la mortalidad es incompleto y parcial. Es tal la importancia que la morbilidad y la discapacidad han cobrado que desconocerlas a la hora de definir acciones resulta inaceptable. El estudio de la mortalidad “refleja una historia muy incompleta de la enfermedad y el sufrimiento” (OPS, 1989). Sin embargo, la muerte prematura, reducible, es un dato duro, un insumo esencial para un planificador. En esa vía, sigue representando uno de los principales retos a la salud pública y a las políticas sociales de un país.

¿Cómo medir la evitabilidad de la mortalidad infantil (MI)? Son dos los métodos que se han utilizado para estimar esos hechos. El primero, el de la reducibilidad de las causas de muerte, que analiza en qué medida las defunciones acaecidas pudieron haber sido reducidas por políticas sociales (incluida la sanitaria). El segundo, cuantifica las brechas en la mortalidad en relación a una población estándar. Esas brechas se establecen mediante un procedimiento de ajuste indirecto de tasas de mortalidad, en el que las tasas de la población estándar (definida como la que mejores y alcanzables

La versión final de este trabajo de investigación será publicado oportunamente. Las autoras se agradecen la colaboración y comentarios de Rubén Torres, Martín Langsam, Analía Baldellou, Rubén Roa y Ana Rita Díaz Muñoz

resultados de salud presenta) son aplicadas a la población bajo estudio. Este segundo abordaje es el que se lleva adelante en el presente artículo.

Para identificar la mortalidad infantil reducible en Argentina, se ha optado por comparar la TMI en Argentina durante la última década en relación a un país vecino, con fuertes raíces comunes, y que tiene una larga experiencia en la implementación de políticas y programas de salud en general y de salud infantil en particular, como es el caso de Chile.

La tasa de mortalidad infantil para Chile y Argentina desde el año 1969 hasta el año 2013 se presenta en el gráfico 1. Como puede observarse, las tasas chilenas han experimentado significativos descensos, registrando en el año 2012 una tasa de 7,4 por mil nacidos vivos en comparación con una tasa del 11,9 para Argentina. En todo el período que se estudia, los niños nacidos en Chile han tenido un menor riesgo de morir al que tuvieron los niños nacidos en la Argentina. Estudiar el potencial exceso de muertes asociadas a estas asimetrías y su distribución regional es el propósito del presente artículo.

La comparación de estos indicadores con los que registra la Argentina sugiere interrogantes pertinentes: ¿Qué pasaría si la Argentina hubiera logrado para sus nacidos una situación semejante a la alcanzada por Chile? ¿Cuántas muertes se podrían haber evitado? ¿Cómo se distribuye regionalmente dicha reducibilidad? ¿Cuáles son los factores que podrían explicar la sobretasa argentina?

1.1. Elección de Chile como población estándar

La elección de Chile como población estándar se justifica por tener el mejor comportamiento en indicadores de salud en general y en

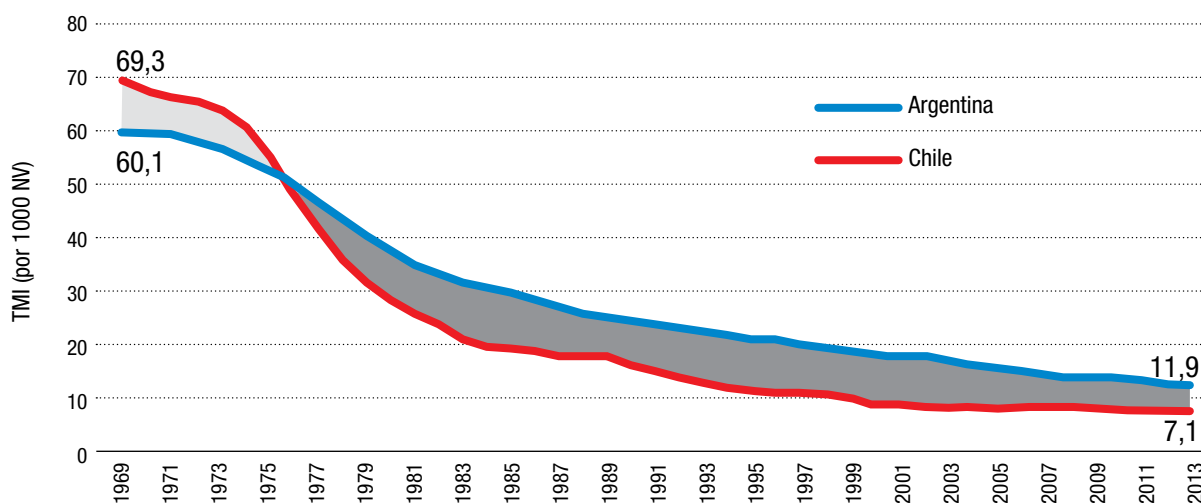
los de mortalidad infantil en particular. Estos resultados podrían ser alcanzables y hasta superables por Argentina.

Asimismo, ambos países tienen características culturales e históricas comunes y niveles socioeconómicos que no son tan dispares (Tomassi, 2008). En cuanto a los agregados socioeconómicos, la Tabla 1 muestra la comparación entre Chile y Argentina. Según datos del Banco Mundial, en el año 2013 el producto per cápita en Argentina (14.715 dólares) fue algo inferior al de Chile (15.732 dólares), el Índice de Gini, que mide la desigualdad de ingresos, para el 2011 fue de 43,5 en Argentina y de 50,8 en Chile y el porcentaje de población que vive con menos de dos dólares diarios fue del 1,26% en Argentina y del 0,75% en Chile. Por su parte, la tasa de analfabetismo para los mayores de 15 años, según datos de la misma fuente, es del 2% en Argentina en comparación con el 1,4% en Chile y el gasto en salud per cápita fue de algo más de 1.551 dólares en Argentina y 1.606 en Chile.

La tasa de fertilidad, definida como el promedio de hijos por mujer, es similar en ambos países en el año 2012. La tasa de fertilidad en Chile, por otro lado, era significativamente superior a la Argentina en 1960 (5,58 hijos por mujer en Chile en comparación con 3,11 en Argentina). La tendencia fuertemente decreciente de la misma entre 1960 y 1974 hizo que los valores promedio, para ambos países, se concentraran cerca de tres hijos por mujer en 1974 y continuarán una tendencia decreciente hasta alcanzar los valores actuales, más cercanos a un promedio de 2 hijos por mujer.

Si bien en la comparación estática ambos países presentan indicadores que no son tan diferentes, la trayectoria reciente del modelo económico chileno ha sido estable, en contraste con la incierta y errática evolución económica de Argentina (Tomassi, 2008). A modo de ejemplo los gráficos 2 y 3 muestran la evolución del PIB

Gráfico 1
Evolución de la TMI en Argentina y Chile entre 1969 y 2013



Fuente: metadata Banco Mundial

per cápita en dólares y la tasa de desempleo para ambas economías. Se puede observar que las mencionadas variables muestran una tendencia con ciclos menos pronunciados para Chile respecto a Argentina.

En cuanto a la evolución del gasto per cápita en salud, la misma ha sido similar (ver gráfico 4). Ambos países han invertido en salud aunque en los últimos 10 años el gasto per cápita (medido en dólares corrientes) ha sido algo superior en Chile.

2. Antecedentes y metodología

La vertiente metodológica que encara la medición de la situación de salud y la identificación de los problemas prioritarios mediante la comparación entre regiones y países fue especialmente desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las últimas décadas del siglo pasado (OPS, 1990). Esa compara-

ción permite abordar la cuantificación de la mortalidad **excesiva** y **prematura**. La **razón estandarizada de mortalidad (REM)** y la **razón de años de vida potencial perdidos observados sobre los esperados (RAVPP)** son los principales instrumentos utilizados por ese organismo para dimensionar esas muertes. En un trabajo pionero, la OPS aplicó estas herramientas a la mortalidad de todas las edades de la Argentina y México, tomando como referencia los Estados Unidos de América (OPS, 1990). Las brechas en la mortalidad fueron estudiadas por grandes grupos de edad y por grupos seleccionados de causas específicas que pudieran servir de categorías centinelas o trazadoras, insumo a la hora de evaluar las intervenciones.

Una aplicación de la metodología en el diagnóstico de salud de la Argentina se encaminó a señalar prioridades de acción para sustentar las decisiones del sector (Rossi S. et al., 1995). La muerte evitable en la ciudad de Buenos Aires y sus causas fue estudiada en compa-

Tabla 1

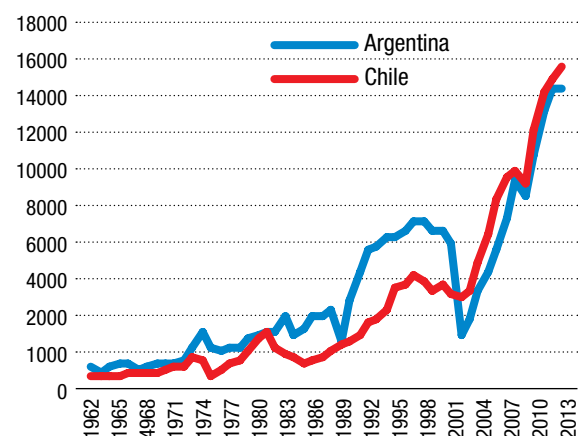
Comparación de los principales indicadores socio-económicos. Chile vs. Argentina

	Argentina	Chile
Producto per cápita en dólares corrientes de 2013	14.715 U\$S	15.732 U\$S
Índice de Gini-2011(mide la desigualdad de ingresos respecto a una distribución igualitaria)	43,5%	50,8%
Tasa De inflación promedio anual (2013)	23,9%	4,6%
% de población por debajo de la línea de pobreza (2 dólares diarios) – 2011	1,26%	0,75%
Tasa de analfabetismo-2011 (para los mayores de 15 años)	2%	1,4%
Gasto en salud per cápita (en dólares corrientes)- 2012	995 U\$S	1.103 U\$S
Tasa de fertilidad - 2012	2,17	1,82
Tasa de fertilidad -1974	3,26	3,33
Tasa de fertilidad - 1960	3,11	5,58

Fuente: elaboración propia a partir de datos INDEC 2001.

Gráfico 2

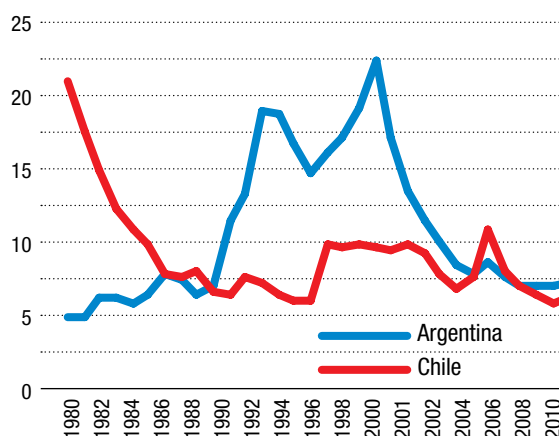
Evolución del Producto Bruto Interno per cápita en dólares corrientes entre 1962 y 2013. Argentina y Chile



Fuente: Metadata Banco Mundial

Gráfico 3

Evolución de la tasa de desempleo 1980-2013. Argentina y Chile



Fuente: Metadata Banco Mundial

ración con Madrid para toda su población (Royer M.E. et al, 1999) y para la población mayor a 59 años de edad (Iruzun A., 2014)

Estas herramientas se han asimismo utilizado para medir brechas y por tanto evaluar inequidades dentro de un país. En tal caso suelen adoptarse tasas de referencia provenientes de la región que presenta los mejores indicadores (OPS, 1990) (Dever A., 1991)

En su aplicación a una causa específica, se destaca la importancia de que la medición de las brechas sea desagregada por variables relevantes (regiones, causas de muerte, etc.) para mejorar la capacidad de decisión que brinda el dato al sugerir las intervenciones más eficaces para controlar el problema. Esta metodología se ha utilizado para otros países como Cuba y México (Pedro Rizo-Ríos et al., 2003)

Para el cálculo de las muertes excesivas se utilizó un procedimiento de ajuste indirecto por aplicación de las tasas de mortalidad de los menores de un año vigentes en Chile entre los años 2002 y 2012. Esas tasas fueron aplicadas a los nacimientos ocurridos en la Argentina en cada año para, de esa manera, obtener las defunciones esperadas si la Argentina tuviera el nivel de mortalidad de Chile. Por diferencia entre las esperadas y las efectivamente ocurridas se puede establecer las defunciones excesivas, muertes que no hubieran ocurrido si los niños nacidos en Argentina hubieran tenido la probabilidad de morir de los chilenos.

Se determinó la REM, que surge de relacionar las defunciones observadas con las esperadas y que de esa manera expresa en términos relativos los excesos o ahorros de muertes de la población bajo estudio con relación a la estándar. Resultados de REM por encima de la unidad (o por encima de 100 si al resultado se lo multiplica por ese valor) indican excesos de muertes de la población bajo estudio respecto a lo esperado según los datos de la población estándar y viceversa, si el resultado es inferior a la unidad. Los valores obtenidos pueden interpretarse en términos porcentuales con relación a una REM de valor 100, que indica pa-

ridad en el riesgo de morir. Así por ejemplo, una REM de valor 150 indica un 50% de defunciones más en la población bajo estudio respecto a lo esperado.

Las defunciones esperadas, excesivas y las correspondientes REM fueron elaboradas por región, considerando el siguiente agrupamiento: Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Centro: Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos; Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis; NEA: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones; NOA: Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán; Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Se obtuvieron asimismo las brechas de mortalidad por causas agrupadas por Capítulos de la CIE 10⁹. Se seleccionaron los principales Capítulos con datos disponibles para Chile: infecciosas, respiratorias, perinatales, anomalías congénitas. No pudieron obtenerse los excesos de muerte por causas del año 2008 por no disponerse de los registros individuales de datos de Argentina.

3. Resultados

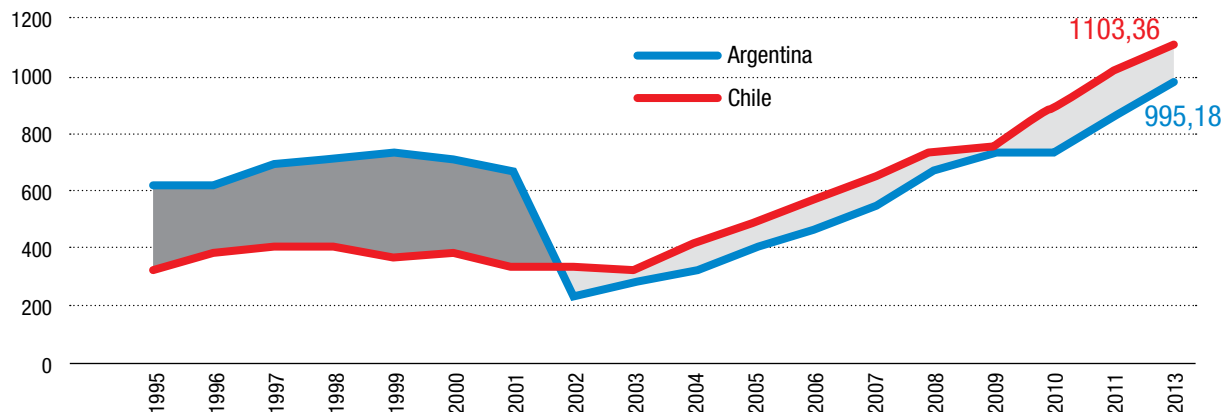
3.1. Defunciones infantiles excesivas

El resultado se presenta en la Tabla 2 y gráficos 5.1 y 5.2. En la situación planteada, Argentina hubiera tenido en los 11 años transcurridos en el período 2002-2012 42.773 defunciones infantiles menos. Expresado en forma relativa, 4 de cada 10 muertes¹ no hubieran ocurrido si esos nacimientos hubieran acontecido en el país vecino.

En el primer año de la serie, el 51,9 % de las muertes ocurridas fueron excesivas. Si bien esas brechas muestran una reducción

1 Surge de dividir las 42.773 muertes excesivas respecto al total de defunciones infantiles en Argentina para el período (105.999)

Gráfico 4
Evolución del gasto en salud per cápita (dólares corrientes) para Chile y Argentina entre 1995 y 2012



Fuente: metadata Banco Mundial

año a año (Gráfico 5), sin embargo aún en el último esa sobremortalidad alcanza al 37,2 % de las muertes.

Por otro lado, como era de esperar dadas las circunstancias socioeconómicas por las que atravesó la Argentina en los años 2001 y 2002, la tasa de disminución en las defunciones excesivas ha sido decreciente. Entre el 2002 y el 2004 las defunciones excesivas se redujeron en un 40% respecto a las defunciones excesivas de 2002 (Gráfico 6). En el período siguiente (2005-2012) dicha reducción solo fue del 10%, pasando de una reducción acumulada del 40% en el año 2004 al 50% en el año 2011.

3.1.1. Defunciones infantiles excesivas por región

La aplicación de esta herramienta comparativa a las regiones argentinas muestra que esas brechas no tienen una similar distribución al interior del país, sino que se observan fuertes diferencias porcentuales en la sobremortalidad. Siendo la del total del país de un 40,2%, fluctúa desde un 7,3 % en la CABA hasta un 56,3% en

Tabla 2

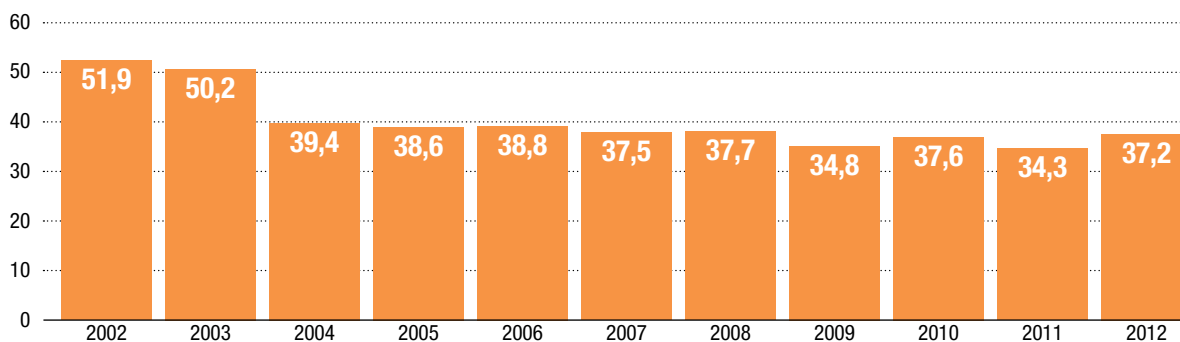
Defunciones infantiles observadas, esperadas, excesivas y REM según tasa de Chile, años 2002-2012

Año	Defunciones infantiles (1)	Defunciones esperadas (2)	Defunciones excesivas (3)=(1)-(2)	REM (4)=(1)/(2)*100
2002	11.703	5.627	6.076	208,0
2003	11.494	5.723	5.771	200,8
2004	10.576	6.405	4.171	165,1
2005	9.507	5.840	3.667	162,8
2006	8.986	5.502	3.484	163,3
2007	9.300	5.817	3.483	159,9
2008	9.341	5.822	3.519	160,4
2009	9.026	5.888	3.138	153,3
2010	8.961	5.596	3.365	160,1
2011	8.878	5.837	3.041	152,1
2012	8.227	5.168	3.059	159,2
Total	105.999	63.226	42.773	167,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

Gráfico 5.1

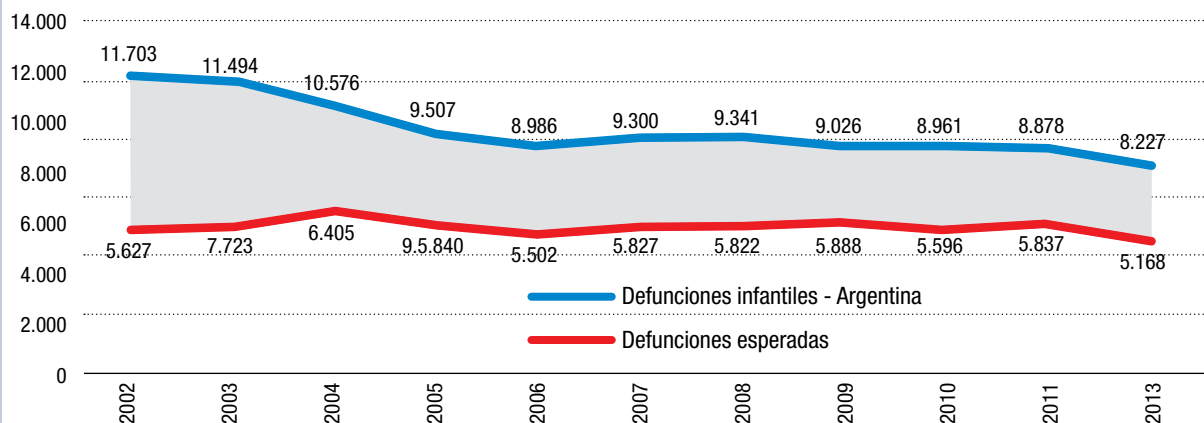
Defunciones infantiles excesivas en Argentina utilizando como estándar la TMI de Chile (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

Gráfico 5.2

Defunciones infantiles y defunciones infantiles esperadas en Argentina utilizando como estándar la TMI de Chile

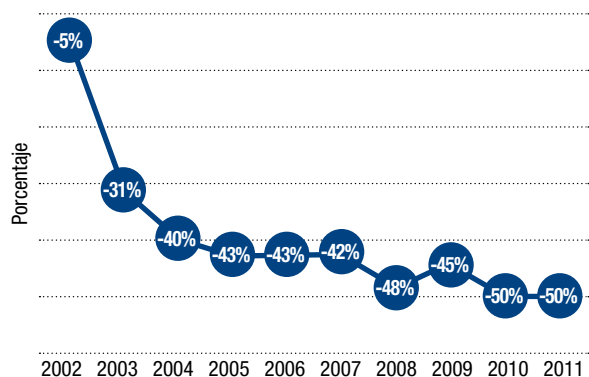


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

el NEA. Es decir una diferencia del NEA versus CABA de 7,7 veces. Se destaca también el NOA por la magnitud de su brecha. Al analizar la evolución del porcentaje de defunciones excesivas para cada región se observa una tendencia ligeramente

decreciente en casi todas las jurisdicciones cuando el análisis se realiza entre 2002 y 2012. Sin embargo, a partir del año 2010 algunas jurisdicciones revierten la tendencia, con un incremento en dicho porcentaje que se generaliza y acentúa en 2011-2012.

Gráfico 5.2
Defunciones infantiles excesivas en Argentina. Variación porcentual acumulada. 2002-2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

3.1.2. Defunciones excesivas según causas Años 2002-2007 y 2009-2012

En el siguiente apartado se analiza la distribución de las brechas por causa de muerte en los años con datos disponibles en esa variable. En línea con lo esperado, las causas perinatales son las que mayor peso relativo tienen sobre el total de muertes excesivas (seis de cada diez casos), superando inclusive la importancia de esta causa de muerte en el total de defunciones infantiles, en las que representa la mitad de los casos (gráfico 9).

Sin embargo, del análisis por capítulos de la CIE-10ª. surge que el mayor porcentaje de muertes excesivas se verifica en las causas infecciosas, que alcanzan al 77,7% de las muertes ocurridas por esas patologías, seguidas por las respiratorias, en las cuales el 68,2 % de las defunciones fueron 'excesivas'. Por el contrario, las

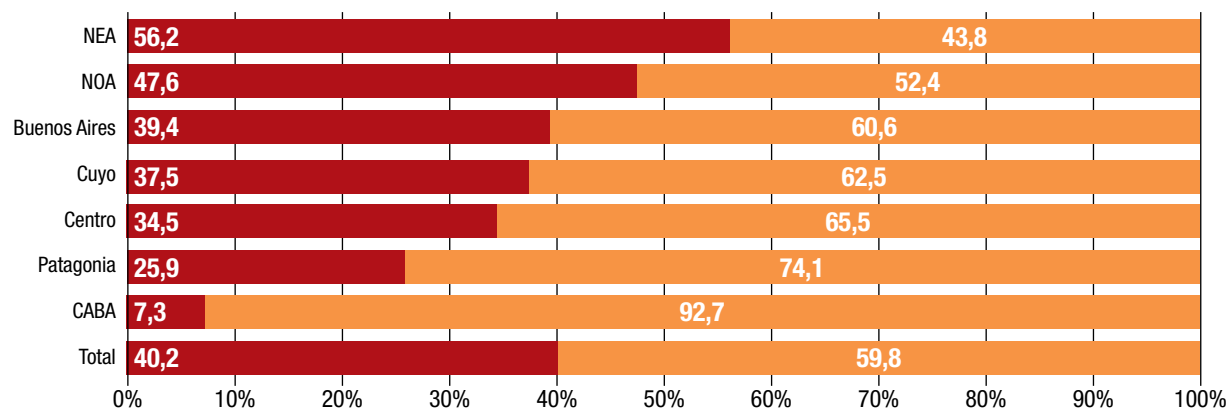
Tabla 3
Defunciones infantiles esperadas y excesivas (acumuladas) Años 2002-2012

Región	Defunciones infantiles	Defunciones esperadas	Defunciones excesivas	REM
(TMI)				
CABA	4.140	3.837	303	107,9
Centro	17.526	11.482	6.044	152,6
Cuyo	8.510	5.319	3.191	160,0
NEA	15.723	6.886	8.837	228,3
NOA	15.415	8.083	7.332	190,7
Patagonia	5.237	3.881	1.356	134,9
Buenos Aires	38.848	23.551	15.297	165,0
Total	105.399	63.039	42.360	167,2

Nota: IC inferior y superior por encima de 100 en todos los casos, por lo que las defunciones observadas son significativamente más altas que las esperadas. TMI utilizada para comparar: TMI de Chile

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

Gráfico 7
Porcentaje de defunciones infantiles excesivas por región



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

muerres perinatales presentan una menor porcentaje de exceso, 48.9% (gráfico 10).

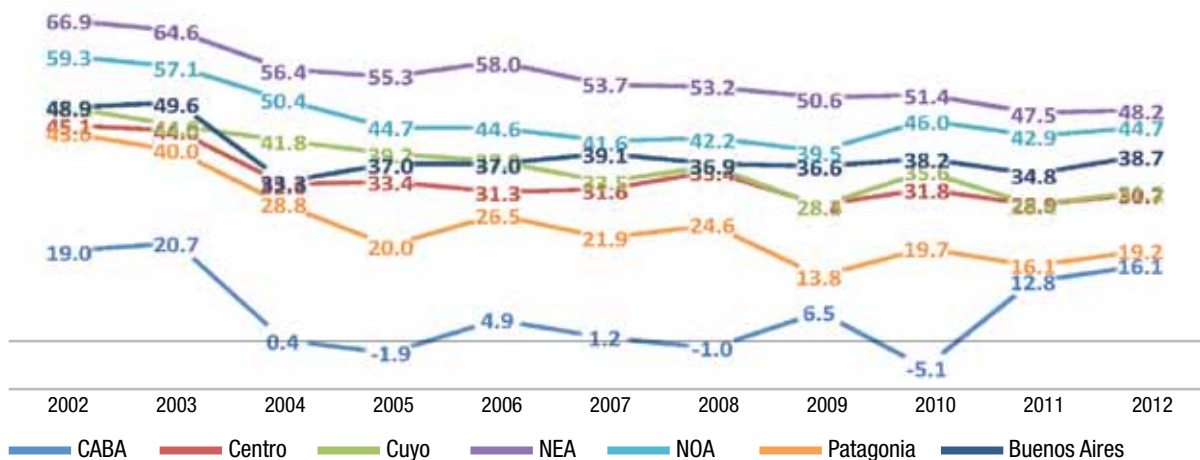
3.1.3. Defunciones excesivas según causas y región

La inequidad regional en los resultados de salud puede observarse también utilizando la metodología planteada. Respecto a Chile, la región del NEA (Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones) es la que mayores porcentajes de muertes excesivas para todos los grupos de causas considerados, a excepción de las defunciones por enfermedades congénitas en las que se ubica en segundo lugar (12,5%),

detrás de Cuyo (20,4%). El gráfico 11 expone dicha situación. Los rayos de gráfico representan cada una de las regiones analizadas sobre los que se muestra el porcentaje de muertes excesivas según causas de defunción. Si bien las regiones del NEA y NOA son las que en peor situación relativa se encuentran, el indicador de muertes excesivas para enfermedades infecciosas y respiratorias es también muy preocupante en la provincia de Buenos Aires.

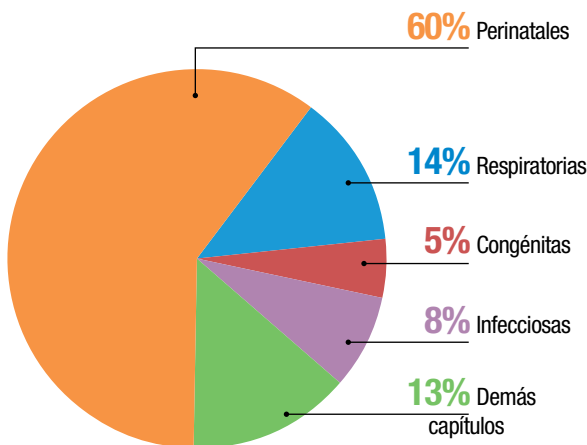
La Argentina presenta un importante exceso de casos de muertes infantiles en comparación con un país vecino, como es Chile. La serie temporal estudiada muestra una fuerte tendencia declinante de muertes excesivas en los primeros años y una ralentización en

Gráfico 8
Composición de las defunciones en exceso según causa por principales capítulos CIE-10^a (%)



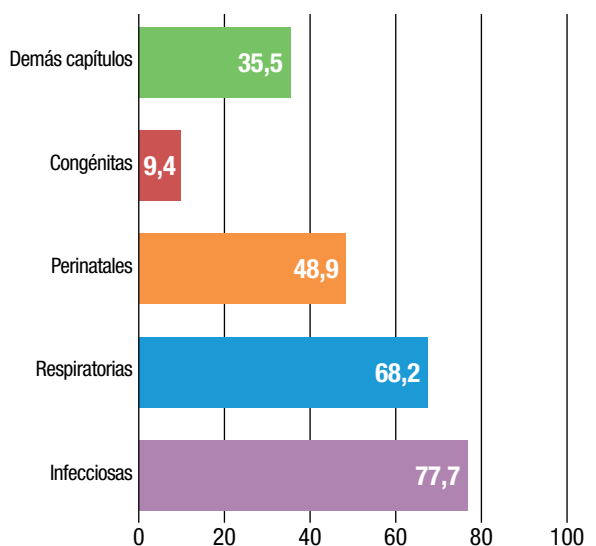
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

Gráfico 9
Composición de las defunciones en exceso según causa por principales capítulos CIE-10^a (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

Gráfico 10
Defunciones en exceso según causas por capítulos CIE-10^a



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

los últimos años, coincidente con similar comportamiento en las tasas de mortalidad (Torres, 2015). En particular, en los dos últimos años se observa una preocupante reversión de la tendencia, hecho que se verifica en todas las regiones y que debiera ser objeto de particular atención.

La comparación regional confirma fuertemente la inequidad de las muertes de los menores de un año, que llega a que el NEA más que septuplica el porcentaje de muertes excesivas de CABA. Estos

datos son especialmente relevantes al indicar la gran viabilidad de reducción de las muertes que tienen las zonas más vulnerables.

Las causas que más aportan a la carga de exceso de muertes son las perinatales seguidas por las respiratorias y las infecciosas. La identificación de estas causas mayoritarias de defunciones excesivas aporta herramientas directas para trabajar en el diseño de programas ya que indican prioridades de atención, al permitir potencialmente una rápida reducción.

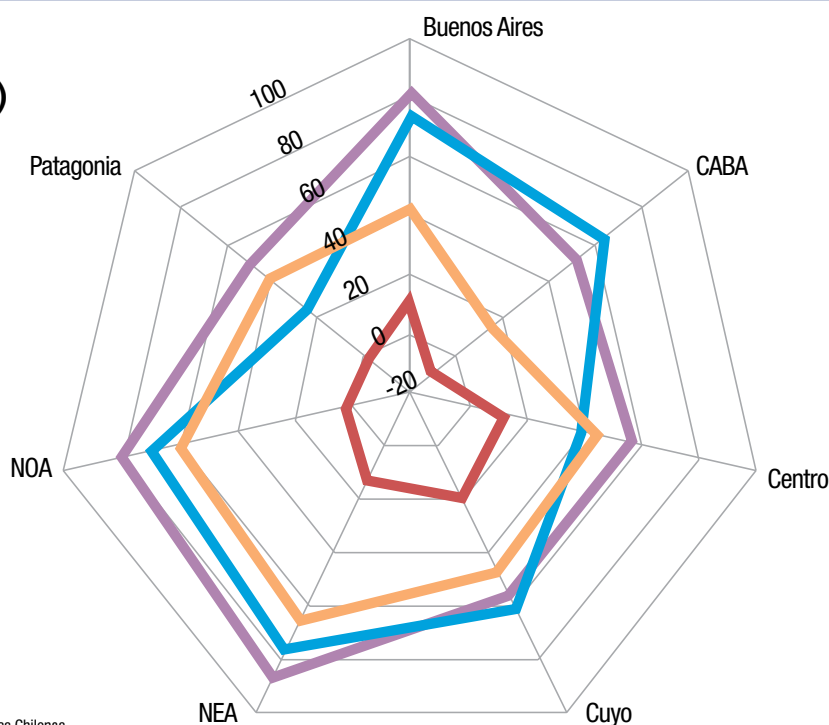
Tabla 4
Defunciones infantiles excesivas por principales capítulos CIE-10^a
Años 2002-2007 y 2009-2012

		Infeciosas	Respiratorias	Perinatales	Congénitas	Demás capítulos	Total
Buenos Aires	n	1591	2741	6920	876	1892	14020
	%	82,9	75	42,9	10,3	36,7	39,6
CABA	n	56	262	270	-121	-161	306
	%	51,2	63,6	15,3	-10,8	-43,2	8,1
Centro	n	219	281	3658	532	778	5468
	%	57,5	38,4	44,9	12,5	32,7	34,4
Cuyo	n	97	315	1802	441	245	2901
	%	56,7	60,4	46,5	20,4	24,9	37,6
NEA	n	627	912	5046	363	1188	8136
	%	86,5	77	65,2	13,9	55,3	56,5
NOA	n	437	709	4830	62	761	6799
	%	79,3	69,1	60,4	2,3	40,3	48
Patagonia	n	53	50	1032	-24	125	1236
	%	49,7	25,1	40,5	-2	18,9	26
Total	n	3081	5271	23558	2129	4829	38867
	%	77,7	68,2	48,9	9,4	35,5	40,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

Gráfico 11
Defunciones infantiles excesivas (en porcentaje) por principales capítulos CIE-10^a
Años 2002-2007 y 2009-2012

- Infecciosas
- Respiratorias
- Perinatales
- Congénitas



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y estadísticas Chilenas

4. Discusión

Más allá de los esfuerzos realizados por Argentina y los tres grandes programas (el Programa Nacional Materno Infantil (PNMI) desde 1937 hasta fines de la década del 80, el Programa Materno Infantil (PROMIN) durante la década del 90 y el Plan Nacer (hoy Programa SUMAR), desde el año 2004 a la actualidad) que cubren casi los últimos 60 años en el país, los resultados parecen estar por debajo de lo esperado, la mortalidad infantil lejos aún de los niveles alcanzados por Chile y su curva descendente muestra claras señales de ralentización.

¿Cuáles son las razones que podrían explicar estos diferentes resultados y evolución? La respuesta no es sencilla ya que seguramente son diversos y complejos los procesos que los generan. Sin embargo, si existe en Argentina consenso sobre la urgencia de estudiarlos dada la gravedad de sus consecuencias, se deberían trabajar sobre la influencia que los factores demográficos, sociales, económicos y políticos, la concepción y calidad de las políticas públicas, los problemas de implementación, entre otros, tienen sobre estos resultados.

Un elemento importante en esta discusión podría ser la calidad de las políticas y los programas públicos que se han llevado adelante. En el marco de un proyecto del BID, Spiller y Tommasi (2005) elaboraron un Índice de Calidad de las Políticas Públicas para distintos países de América Latina. Sobre esa base, Chuaire et al (Chuaire, 2014), en el marco del mismo proyecto, realizaron una aplicación a los países de América Latina y el Caribe considerando 6 componentes centrales: estabilidad, adaptabilidad, coordinación, implementación, eficiencia y orientación al interés público. Chile obtuvo la calificación más alta en todos los componentes del índice mientras que Argentina con un puntaje medio en el conjunto mereció un nivel bajo en dos componentes (implementación y orientación al interés público) y medio en los restantes.

En este contexto, la estabilidad y consistencia en la implementación de las políticas surgen como factores importantes para el análisis, en tanto que las políticas públicas mejor diseñadas pueden tener efectos nulos si tienen una vida corta y son modificadas constantemente (Chuaire et al., 2014). Su contrapartida, la adaptabilidad, es decir el reemplazo de políticas deficientes, es también altamente valorada como un aspecto coadyuvante a resultados exitosos. Esta condición es inseparable de la necesidad de monitorear la marcha y evaluar los resultados y el impacto de los programas y políticas que se implementen, siendo Argentina deficitaria en la evaluación de los programas materno-infantiles (Arce, 2003; Veronelli et al., 2004; Maceira, 2012) que se han llevado a cabo hasta la implementación del último programa destinado a esta población objetivo, el Plan Nacer.

Por otro lado, Chile ha optado en salud infantil por programas universales versus programas focalizados basados en un enfoque de riesgo (Jimenez J et al., 2007) (Trifiró, 2007). Esta opción se fundamentó en las posibles dificultades en la identificación de las personas a cubrir y los altos costos que su implementación podría representar. Si bien es hoy aceptado que esas opciones no constituyen políticas opuestas y excluyentes, se debe tener en cuenta que las políticas focalizadas, dirigidas a poblaciones específicas, están expuestas a posibles problemas en los criterios de selectividad de los beneficiarios: errores de inclusión (dar cobertura a sectores no definidos como población objetivo) y errores de exclusión (no dar cobertura a la población objetivo). (Amagada I, 1996).

En un programa dirigido a disminuir la mortalidad infantil, el error de exclusión puede tener gravísimas consecuencias. Debiera pues estudiarse en qué medida esta orientación puede ser responsable de los excesos de mortalidad ocurridos en Argentina y valorar por tanto cuántas muertes podrían evitarse si se optara, particularmente en las regiones desfavorecidas, por una cobertura universal. Otra gran diferencia entre ambos países, es la capacidad de coordinar las políticas a nivel regional. En este sentido, al ser el sistema de gobierno chileno unitario, los programas se ejecutan centralmente. Argentina, por su parte, es un país federal, donde la coordinación de las políticas y programas toma un rol preponderante. Como se dijera, son importantes los problemas de coordinación en la ejecución de los programas en Argentina y debiera por tanto considerarse el efecto de estas cuestiones sobre la efectividad de las políticas y estudiar en los mecanismos que han utilizado otros países para mejorar la coordinación de sus políticas públicas.

5. Conclusiones

La relación entre las condiciones socioeconómicas de una población y su estado de salud es un tema central de la agenda sanitaria, ha sido ampliamente mostrada en diversos trabajos científicos y goza actualmente de fuerte aceptación. Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto el rol fundamental de las intervenciones de salud en el descenso de la mortalidad infantil particularmente en las últimas décadas. Diversos países de América Latina han disminuido significativamente a partir de los años 80 el riesgo de morir de los menores de un año sin un cambio de correlativa envergadura en el crecimiento económico. El debilitamiento de esta relación pudo apreciarse en la región cuando el descenso de las tasas sostenido y hasta acelerado pudo darse en el contexto de una crisis económica de alcance mundial (Suarez Ojeda et al., 1991). Argentina ha hecho grandes esfuerzos en materia de salud pública y en particular en salud materno-infantil con un muy importante

uso de recursos humanos, tecnológicos y financieros. Sin embargo, y a pesar que la mortalidad infantil ha tenido un fuerte descenso, no ha alcanzado aún el nivel esperado y está por detrás de los niveles alcanzados por Chile. Esta brecha significa que Argentina tiene, si hacemos la comparación directa con Chile, una importante cantidad de muertes en exceso, es decir, evitables. Muertes que no se producirían si los niños que nacen en Argentina tuvieran el riesgo de morir de los niños chilenos.

El propósito de este estudio es, a partir de la evidencia de la magnitud de muertes infantiles evitables, constituir un llamado de alerta y contribuir a profundizar el análisis de las razones que explican este retraso relativo de las políticas públicas argentinas, estimulando el debate sobre las mismas y su efectividad. Para ello se ha comparado la mortalidad infantil en dos países que, con situaciones similares, han obtenido niveles de éxito diferentes frente a la implementación de políticas encaminadas a controlar el problema. Es por ello que se ha puesto el enfoque justamente en las políticas de salud implementadas para intentar responder a la pregunta: ¿qué pasó? ¿porqué Chile tuvo mucho más éxito que Argentina? ¿qué diferencias en las intervenciones puestas en marcha pueden explicar este desigual resultado?

Las estimaciones obtenidas muestran que Argentina hubiera tenido en los 11 años transcurridos en ese período 42.773 defunciones infantiles menos. Expresado en forma relativa, 4 de cada 10 muertes podrían haberse evitado si esos nacimientos hubieran

acontecido en el país vecino. En el primer año de la serie, el 51,9% de las muertes ocurridas fueron excesivas. Si bien esas brechas muestran una reducción año a año, aún en el último año bajo estudio la brecha alcanza al 37,2% de las muertes.

De la comparación de las políticas implementadas en Chile y Argentina y a la vista de los resultados mostrados en este artículo surge el importante déficit argentino en la calidad de esas estas, hecho que seguramente se refleja en peores resultados para los objetivos trazados. Un aspecto que es destacado en esa revisión, la inestabilidad en las políticas económicas y sociales que se observa en Argentina, es clave para entender los peores resultados de salud que obtenidos respecto a otros países. Otro aspecto que se pone en evidencia y que debiera discutirse es la falta de integración de la política de salud con los demás campos de la política social (educación, vivienda, desarrollo económico, etc.) de manera de, como ha ocurrido en Chile, avanzar en forma simultánea a fin de maximizar los resultados (Amagada I, 1996). Asimismo un aspecto importante que se ha señalado y que debiera ser objeto de análisis es la falta de coordinación en la implementación de los programas, que puede afectar sus logros a nivel regional.

La magnitud de los resultados presentados en el presente trabajo nos lleva a concluir acerca de la necesidad de ahondar en estudio analíticos para identificar las líneas de acción que le permitan a la Argentina redireccionar las políticas de modo de alcanzar los objetivos del milenio.

Bibliografía

- Amagada I., El debate actual de las políticas sociales en América Latina, Nueva Sociedad N° 144, 1996
- Barría M., Vanegas J., Aproximaciones metodológicas al estudio de la mortalidad infantil en Chile, Revista Chilena de Pediatría, v.83, n.1, febrero 2012.
- Chuairé M., Scartascini C., La política de las políticas públicas: Re-examinando la calidad de las políticas públicas y las capacidades del Estado en América Latina y el Caribe, Banco Interamericano de Desarrollo, 2014
- Fundación Contemporánea, Políticas Públicas relacionadas con la Salud Materno Infantil, Serie Políticas Públicas, Informe N° 3, agosto 2012.
- Hertel-Fernandez Alexander, Infant Mortality In Chile Reflects Socioeconomic Status. HealthAffairs, 26, no.5 (2007):1508
- Irurzun A. 2014. Tesis Universidad ISALUD. Disponible en biblioteca.
- Jimenez J., Romero M.I., Reducing Infant Mortality in Chile: Success in Two Phases, Health Affairs, 26, N° 2, 2007
- Kaempffer A., Medina E., Mortalidad infantil reciente en Chile: éxitos y desafíos, Revista Chilena de Pediatría, v.77, n.5, octubre 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la mortalidad. Nuevos usos para indicadores antiguos. Boletín Epidemiológico, 1989:10(2).
- Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad evitable: ¿indicador o meta? Aplicación en los países en desarrollo. Boletín Epidemiológico, 1990:11 (1).
- Rizo-Ríos P., Sánchez-Cervantes F., González-Rivera A., Dr. Betancourt-Cravioto M., Meneses-García, A, MoharA., Kuri-Morales PMortalidad por leucemias en menores de 20 años. México 1998–2002, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex vol. 62 N°1, México 2005
- Rossi S., Royer, M.E. Uso de la mortalidad en el diagnóstico de salud. Ier. Congreso Latinoamericano de Epidemiología, Salvador Bahía, Brasil, abril 1995
- Suarez Ojeda E., Ageitos M.L., Yunes J., Algunas reflexiones en relación a la mortalidad infantil en América, Integración Latinoamericana, enero-febrero 1991
- Taucher E., Icaza G., Diferenciales de mortalidad por malformaciones congénitas con datos pareados. Chile (1993-1995), Revista Médica de Chile, v.129 n.4, abril 2001
- Trifiró M.C., La Mortalidad Infantil en Argentina y Chile: comparación de su evolución desde 1950 y estado actual, IX Jornadas de Estudios de Población, Huerta Grande, Córdoba, octubre 2007.
- Ministerio de Salud, Secretaría de atención sanitaria. Evaluación de proyectos en ejecución – Síntesis de resultados. PROMIN, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales, República Argentina, 2000.
- Ministerio de Salud, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales Informe de Cierre del Préstamo BIRF 3643 –AR- PROMIN I. República Argentina, 2000.
- Manual de organización para la ejecución del programa. 2000
- Perez Esquivel, Leonardo. Los santos inocentes ¿entre Herodes y Cesar?. Una reflexión sobre las políticas públicas de atención primaria de la salud materno infantil, financiadas por el Tesoro Nacional y el Banco Mundial. Tesis de Maestría en Administración Pública, Facultad de Ciencias Económicas, UBA.1999.
- PNUD. Una mirada al PROMIN. Programa Materno Infantil y Nutrición, Misión de revisión y análisis externo, Bs. As, Octubre de 1998
- (Mila Gutierrez Vladislavic, 2004) <http://www.revistapersona.com.ar/Persona33/33Gutierrez.htm>