

POBREZA, ENFERMEDAD Y MUERTE EN ARGENTINA

POVERTY, DISEASE AND DEATH IN ARGENTINA

Roberto Tafani
Abogado, Prof titular
Univ. Nac. de Río Cuarto.
Córdoba, R.A.

Nuria Gaspio
Dra. en Bioquímica, Prof.
Univ. Nac. de Río Cuarto.
Córdoba, R.A.

Resumen

En este trabajo se analiza la relación entre la variación del Producto bruto interno de Argentina y el comportamiento de la morbi-mortalidad infantil, materna y por infecciosas. Se utilizan técnicas estadísticas descriptivas y correlacionales sobre datos oficiales y secundarios. La riqueza creció en el período observado a tasas elevadas. La tasa de mortalidad infantil aumentó en 2007, aún en provincias bien cubiertas con recursos sanitarios. La muerte de menores de un año creció por infecciosas como la Infección respiratoria aguda o septicemias. Hubo un aumento proporcional en el último año considerado, de los niños de 1 a 4 años por enfermedades respiratorias y tumores. De la muerte materna llama la atención la juventud de las mujeres y la causa de muerte "obstétricas directas". La tasa de mortalidad por infecciosas ajustada para la edad, se mantiene pero aumenta notablemente en Capital Federal. La morbilidad de sífilis congénita y leptospirosis va en aumento. La mortalidad infantil por inequidad social exhibe una razón de tasas de 3:1. En ese sentido, la muerte infantil correlaciona en forma directa con el analfabetismo, la pobreza y la ausencia de trabajo estable, en forma inversa con el agua potable, desagües cloacales, urbanización, riqueza personal y presencia de médicos y no presenta relación alguna con las instituciones de salud. La conclusión es que ni las variaciones de la

Trabajo recibido:
marzo 2009
Aprobado: mayo 2009

riqueza nacional, se asocian necesariamente a mejoras uniformes de salud, ni los servicios garantizan mejores indicadores poblacionales. La correlación de variables indica, que la morbilidad y la mortalidad están fuertemente asociadas a la distribución del ingreso y que los servicios de atención no parecen cumplir con el objetivo de disminuir las desigualdades, dada la falta de vinculación entre el factor que agrupa las condiciones que reflejan desigualdad en la distribución del ingreso y el factor que refleja la oferta de servicios públicos con y sin internación como la oferta ambulatoria privada.

Palabras clave: Pobreza. Enfermedad, muerte, desarrollo.

Abstract

We analyze the relationship between the gross domestic product of Argentina and trends in infant, maternal and infectious morbi-mortality, through the application of descriptive correlational statistical techniques both to official and secondary data. In the period under study, national wealth showed a high rate of growth whereas infant mortality increased in 2007, even in provinces that are well provided with sanitary resources. Death of infants under one year of age by infectious diseases (e.g. acute respiratory infection and septicaemia) increased. In the last year studied there was a proportional increase in respiratory diseases and tumours in children between 1 and 4 years. Two noticeable features maternal mortality were the extreme youth of the deceased and the high incidence of direct obstetrical deaths. Infectious mortality rate adjusted by age maintained its value but showed an increase in Buenos Aires City. Congenital syphilis and leptospirosis morbidities also increased. Infant mortality rates due to social inequality showed a 3:1 ratio. Infant mortality correlates directly with illiteracy, poverty and lack of stable employment and inversely with potable water, sewage, urbanization, personal wealth and availability of medical personnel, and does not correlate with the presence of public health care. We conclude that national wealth variation is not associated to health improvement and that the availability of health care services does not guarantee better demographic indicators. Correlation of variables indicates that morbidity and mortality are strongly associated to income distribution and that health care services do not seem to have achieved the goal of levelling inequality, since there is no correlation between the factor that groups conditions reflecting income distribution inequality and the factor reflecting the supply of care services with or without patient admission, such as the current private outpatient's services.

Key words: poverty, disease, death, development.

Introducción

Luego de la crisis del año 2001, que impactó gravemente sobre la pobreza, a partir del 2003, se inicia en Argentina un periodo de crecimiento del PBI, durante seis años consecutivos a tasas "Chinas" cercanas al 9 % anual, hasta el año 2008 inclusive. Este trabajo explora, si este crecimiento económico contribuyó a mejorar el estado de salud de la población medido por indicadores de salud materno-infantil, y morbi-mortalidad debido a patologías infecciosas. Los resultados indican, que los indicadores de salud se han mantenido estables y en algunos casos han desmejorado, con lo cual todo el avance económico, la acumulación de reservas y la fuerte acumulación de capital no ha tenido un correlato en el aumento del bienestar medido por la salud de la población mas desfavorecida del país. Hacia finales del primer trimestre del año 2009, Argentina empezó a evidenciar un número importante de infectados por el dengue, lo que se vino a sumar al aumento previo de las tasas de leptospirosis en Santa Fé y leishmaniasis en Misiones.

1 El evento celebrado en la sede de la Confederación Médica de la República Argentina en Buenos Aires (COMRA) contó con la presencia del Ex Ministro de Salud Aldo Neri. En esa oportunidad se le planteó al autor que tenía una base epidemiológica equivocada a lo que se replicó que Alfred Marshal el economista institucional decía "investigue con matemáticas, convierta los números en prosa, busque ejemplos, luego quemé las matemáticas y la prosa". Nuestras visitas a Provincias del Norte nos daban suficientes ejemplos sobre la gravedad de la situación. Una vez más el país parecía terminar en Capital Federal. En la actualidad los infectados por dengue suman más de veinte mil con decenas de fallecidos.

2 Diario Puntal, 03/05/2009

3 Bauman Zygmunt "Vida de Consumo" Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires 2007 pp 69

4 Bauman Zygmunt "Vida de Consumo" Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires 2007 pp 139

5 The Economist "El Futuro de la Tecnología" Colección Finanzas y Negocios 2008. Perú

6 Fukuyama Francis "El Fin del Hombre Consecuencias de la Revolución Biotecnológica". Zeta España 2008

Dado que los datos oficiales tienen en Argentina un atraso de dos años, es difícil acompañar la realidad más de cerca. No obstante las visitas por el país, el aporte de grupos focales, informantes claves en las diferentes zonas permitían entrever que se avecinaban en Argentina serios problemas de salud pública, los que fueron advertidos por uno de los autores en la reunión de la Asociación Argentina de Economía para la salud, el 25 de marzo del 2009. Apenas días después los medios reportaban el inicio de los problemas con el Dengue en el Chaco.¹ Por otro lado, la Dra. Daniela Gómez, investigadora de la U.N.R.C, termina de descubrir que el ratón doméstico, especie muy común en los baldíos aledaños a las viviendas en Río Cuarto, está infectado de leptospirosis y de un virus que puede causar meningitis virósica, malformaciones fetales y hasta abortos².

Esta situación parece para un país en desarrollo, la contraparte de lo que ocurre en los países desarrollados, donde no hay evidencia de que el aumento del consumo, incrementa el número de personas que dicen "ser felices". Lo que parece ocurrir en realidad es que, con economías basadas en el consumo, aparecen causas del malestar como "el estrés, la depresión, horarios de trabajos extensos y antisociales, el franco deterioro de los vínculos y la falta de autoestima"³.

Argentina, a través de un lustro de fuerte crecimiento, sin embargo el sistema de salud se orientó, preferentemente, hacia una orientación tecnológica antes que a la salud pública. La propia Presidencia anunció en el 2008, que con el aumento de las retenciones impositivas a la exportación de productos de la agricultura, crearía 30 hospitales de alta complejidad. En ese contexto el gasto privado en salud, que es elástico al ingreso, en presencia de progreso técnico, se orientó en muchos casos a fines meramente hedonistas en una permanente cultura de mejora al cuerpo. La cirugía estética, ratificaba en una sociedad influenciada por liderazgos mediáticos, aquello de que "la cirugía plástica no se relaciona con la remoción de imperfecciones o con lograr la forma ideal que la naturaleza nos ha negado, sino con no perder el ritmo del veloz cambio de los estándares, con mantener el propio valor de mercado y descartar una imagen que ya ha rendido toda su utilidad y encantos"⁴. Argentina pareció haber entrado en aquella fantasía de la plasticidad infinita del cuerpo, en un contexto de gran crecimiento del negocio de la cirugía estética.

Simultáneamente en los grandes centros urbanos, aparecieron prácticas de congelamiento de cordones umbilicales y su mantenimiento a cambio de pagos mensuales dolarizados, señalando que el futuro incluye el aumento de la demanda de los sectores de altos ingresos, por atención médica sofisticada potenciada por la esperanza de la biotecnología.^{5,6} Mientras estas prácticas hacen su

desembarco en Argentina, las zonas más postergadas y los sectores más humildes parecen imposibilitados de salir del asedio de enfermedades como la sífilis congénita.

Argentina muestra así una profunda contradicción. En los años 80 y 90s la puja distributiva y la carrera tecnológica no paró de crecer. El gasto privado en salud mostró su elasticidad ingreso positiva en tratamientos psicológicos, enfermería a domicilio para los sectores de altos ingresos (que reemplaza la ausencia de cuidados institucionales de adultos) e imágenes⁷. Las encuestas mostraban una preferencia por la solución hospitalocéntrica de los problemas. Se prefería imágenes, cirugía y medicamentos a la prevención. A decir verdad las conductas sociosanitarias prudentes parecen continuar ausentes. Los accidentes de tránsito, y especialmente las muertes en motos, por no llevar cascos no paran de crecer. Así las cosas, el panorama de un sistema de salud fuertemente mercantilizado, la perspectiva tecnológica que se ha convertido en la esperanza hacia un ciclo vital mayor en una sociedad secularizada, y las conductas sociosanitarias ausentes en la sociedad civil se han transformado en un coctel explosivo para la salud poblacional.

Ahora el país se encuentra sumido en una fuerte crisis de salud pública, confirmando aquello de la economía sanitaria, que el aumento de la riqueza nacional no garantiza condiciones socioeconómicas que conlleven más salud. Claramente, lo que ha ocurrido es que el gasto en servicios no se ha asociado uniformemente con mejores niveles de salud. Tal vez lo más significativo de esta contradicción, es que la crisis de salud pública puesta de manifiesto con el dengue, se instala en un país que desde hace unos meses había dejado de financiar justamente los médicos comunitarios y por ende la atención primaria de la salud.

Crisis Financiera y Salud

El 19 de Enero del 2009 se reunió en Ginebra la Organización Mundial de la salud, para hacer un informe sobre la crisis financiera y la salud global⁸. Sus conclusiones fueron que todos los países serán afectados por la crisis pero algunos más que otros, que hay que ser solidarios en tiempos de crisis, tener compromiso y mantener las promesas. Que hay mucho para hacer para mitigar el impacto de la crisis financiera, desde proteger el gasto en salud hasta coordinar las políticas. Hacer el gasto en salud más efectivo y eficiente. Que los países colaboren entre sí. Que haya un mejor monitoreo, análisis e investigación. La recomendación fue que el liderazgo en salud defienda la salud en tiempo de crisis, que haya planificación contingente basada en buena información, que el gasto sea contra cíclico y a favor del pobre, que se enfatice la atención primaria, la universalidad de la cobertura, enfoques multisectoriales, que se utilicen también todos los recursos del sector privado, voluntario y no oficial, que las agencias internacionales no sobrepongan sus esfuerzos, que creen sinergias operativas, y que no se descuiden intervenciones sobre la nutrición y el saneamiento entre otras. Todo ello para no perder el progreso realizado.

7 Tafani Roberto "Economía Sanitaria". UNRC 2000 Argentina

8 World Health Organization. "The Financial Crisis and Global Health". Report of a High Level Consultation. World Health Organization. Geneva. 19 January 2009

9 Starfield Barbara "Atención Primaria Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson S.A. 2001 España pp 3

El informe recuerda otros catálogos de recomendaciones que se hicieron en la década de los 80s. Nos retrotrae a aquello que sostiene Bárbara Starfield que los sistemas de salud tienen dos objetivos centrales, mejorar la salud y disminuir la desigualdad⁹. Cuando uno piensa en esta segunda misión resulta imposible no sentir desesperanza. Saber, que este es un mundo donde 260 personas tienen el ingreso equivalente a 2.500.000.000 o un 45 % de la población mundial, o que para alcanzar el nivel de vida de un Americano medio que necesita 4,7 ha de tierra para mantenerlo la población mundial requeriría como

dice S. Bauman¹⁰ no uno, sino tres planetas tierra, genera dudas, sobre el probable éxito del sector salud en traer igualdad. Este es un mundo donde las vacas europeas, que reciben subsidios a la agricultura por millones de dólares, están mucho mejor que la mitad de la población mundial. Este es un planeta, que en prosperidad mantuvo enormes desigualdades y exclusiones. Ahora viene la crisis. Entonces aparecen las recomendaciones.

La atención primaria por caso, es un enfoque que orienta el redespigie de los recursos globales en el sector salud. Uno mira el país y se desalienta. En Argentina muchos indicadores han estado estancados o aún han retrocedido en los años de prosperidad económica. Desde la mortalidad por infecciosas al recrudescimiento de la sífilis congénita o la leptospirosis para dar apenas algún ejemplo. Ahora que la prosperidad pasó viene la crisis. Se sabe que aumentará la mortalidad, que habrá menos empleo y recursos para las obras sociales, que los costos de medicamentos y aparatos crecerán, que de nuevo quedarán rezagados los ingresos del saber clínico, que el capital humano perderá, frente al capital en medicamentos y aparatos, ambos vinculados al crecimiento del dólar. Las recomendaciones suenan como un deseo irrealizable, frente a las puertas de una realidad, que golpea fuerte, como para creer en promesas que en el pasado resultaron demasiado inoperantes.

La Crisis Ambiental

La crisis internacional sin embargo, se enmarca en un contexto donde hay contaminación ambiental y calentamiento global. A decir verdad, muchas de las enfermedades de los niños se hallan relacionadas con la exposición ambiental. Las enfermedades respiratorias representan la causa más importante de mala salud y mortalidad de los mismos. El riesgo de adquirir la neumonía depende de la capacidad de la madre y del niño a resistir la infección, de un factor genético y su estado general de salud. Las condiciones sociales y ambientales son importantes al respecto. Una dieta inadecuada, un hogar pobre y superpoblado, reducen la resistencia. Claramente en muchas enfermedades de la niñez, la pobreza es el factor de riesgo más importante. Basta un dato, las diarreas producen 12,5 veces más muertes de menores de 5 años en los países en desarrollo que en los desarrollados. En los hogares pobres, los factores de riesgo son mayores, por falta de espacio adecuado para el juego, trabajo infantil y exposición a residuos y agentes químicos (D. Brigg, 2003).

En U.S.A entre 1980 y 1992, se incrementaron las muertes por enfermedades infecciosas en un 58%, se atribuyó el hecho a las muertes por SIDA e infecciones oportunistas, como infección respiratoria y septicemias. Si bien también contribuyó el desarrollo de cepas microbianas resistentes a los antibióticos, que hoy es reconocido como un grave problema de salud pública. También se ha reportado que en niños que habitan áreas contaminadas con pesticidas es inusualmente alta la incidencia de infección respiratoria aguda, incluyendo neumonía, otitis, tuberculosis, meningitis y caries dentales. En muchos casos los niños aún vacunados, no son inmunizados porque el sistema inmune no produce anticuerpos. Luego del descubrimiento de los sulfas y antibióticos, muchos especialistas en salud pública asumieron que las enfermedades infecciosas serían controladas, evidencias recientes indican que fallas dramáticas sobre los sistemas reguladores para el control de tóxicos químicos, contribuyeron a la reemergencia de estas clases de enfermedades, en todo el planeta, incluso hasta en el Ártico, donde el uso de tóxicos químicos es mínimo

Según datos de la OMS presentados en el año 2006, el 24% de la carga de morbilidad mundial se debe a la exposición a riesgos ambientales y se estima que el 33% de las enfermedades de los niños menores de 5 años, es debido a exposiciones a riesgos del ambiente. El 36% de las muertes

10 Bauman Zygmunt "Vida Líquida". Paidós Estado y Sociedad. Argentina. Pp 40

de niños de 0 a 14 años es atribuible a causas ambientales. Las principales enfermedades con cargas ambientales modificables son las diarreas, infecciones respiratorias, accidentes y paludismo. Pero también han aparecido enfermedades nuevas como asma, trastornos de neuro desarrollo, malformaciones congénitas y cáncer, algunas de corto plazo, otras crónicas y fatales. Los pobres y quienes viven en asentamientos precarios se hallan más expuestos a los riesgos del ambiente (Ministerio de Ambiente y Espacio Público, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2008) Estos riesgos ambientales van desde la carencia de agua segura para consumo humano, la inadecuada eliminación de excretas, la incorrecta gestión integral de residuos, la contaminación del aire exterior e interior, la exposición a productos químicos peligrosos hasta la exposición a ruidos, vibraciones y radiaciones.

Los cambios climáticos también impactan en la salud humana, más en los países no desarrollados y en vías de desarrollo. Por ejemplo el 95 % de las muertes relacionadas con las exposiciones extremas, ocurre en el 66% de los países pobres. Esto porque las condiciones de pobreza económica y el subdesarrollo, dificultan la creación de infraestructuras y la institución de medidas de protección a los agentes climáticos. Asimismo los desastres naturales como tornados e inundaciones, al provocar el desplazamiento de la población, interrumpe la provisión de alimentos con la consecuente desnutrición, incremento de enfermedades transmitidas por vectores que viven en el agua, como malaria, dengue, hanta virus, cólera, rotavirus,¹¹ y enfermedades también exacerbadas por el cambio de clima. (B. Zubari y col . 2001)

La deforestación es acelerada en los países en desarrollo debido a la demanda de leña y con el objeto de conseguir más acres de tierras cultivables para alimentar a la población creciente que vive en áreas marginales. La desertificación y deforestación aceleran los cambios de clima global, debido a que el dióxido de carbono del aire no es capturado por las plantas¹². El calor global, eleva la temperatura ambiental, con lo que muchas enfermedades tropicales pueden pasar a ser endémicas en nuevas áreas del planeta. Susan Rice (2006)

Cambios en el uso de la tierra, irrigación, drenaje, aumento del agua, deforestación para la construcción de caminos, han creado nuevos hábitats para el mosquito y otros insectos vectores en algunas áreas. En hogares pobres, el inadecuado manejo de la basura, almacenamiento doméstico del agua, higiene y saneamiento contribuyen al riesgo de infección. A largo plazo los cambios de clima aumentan el problema.

En Argentina la sojización de la agricultura, ha sido responsable de grandes deforestaciones, que se han vinculado al desastre en Tartagal en el norte del país. A decir verdad estos últimos años se caracterizaron en el país por el desmonte, el desborde de los ríos, inundaciones en algunos sectores, y hasta erupción volcánica en el sur. Asimismo ha habido reaparición de las enfermedades transmitidas por mosquitos, como leishmaniasis y dengue, otras como la leptospirosis por la falta de higiene, la sífilis congénita, la tuberculosis, la infección respiratoria aguda y las enfermedades respiratorias crónicas. A partir de los desastres naturales se genera un círculo vicioso donde los pobres se vuelven más pobres. Como a su vez la vulnerabilidad de la población afectada depende de la pobreza, el alto crecimiento poblacional, la inequidad social y la degradación ambiental, todo termina en un panorama de grave deficiencia en la salud pública.

Metodología y fuente de datos

El presente estudio es en su alcance descriptivo y correlacional. Utiliza una técnica multivariante (análisis de factores) para indagar relaciones de interdependencia entre variables socioeconómicas y de salud. Su diseño es retrospectivo y longitudinal de tendencia. Busca describir, mediante análisis univariado, bivariado y multivariado,

11 Que provoca importante enfermedad diarreas en niños de 6 a 24 meses , enteritis, vomitos deshidratación.

12 No se cumple el ciclo biológico del carbono

la tendencia y características de la mortalidad infantil, materna y por enfermedades infecciosas así como la tasa de incidencia de algunas enfermedades infecciosas, entre 2001 y 2007.

Se utilizan fuentes de datos secundarios tomados de registros oficiales. Los datos surgen de la información estadística publicada por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (publicaciones 2003 a 2008). Anuario Estadístico de la República Argentina, 2003, 2007 y 2008.

Variables

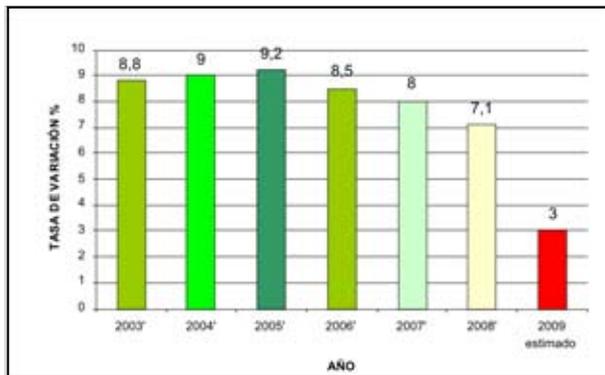
- Crecimiento del PBI % (2003-2008)
- Producto geográfico bruto per cápita (PGB) (2003)
- Número de Médicos * 10000 (2001), Abramzon (2006)
- Porcentaje de Población en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), (2001)
- Porcentaje de población de 10 años y más en condiciones de analfabetismo (mujeres) (2001)
- Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes) (2.007).
- Porcentaje de Población urbana (2.001)
- Porcentaje de población total con agua corriente (2001)
- Porcentaje de población total con desagües cloacales (2001)
- Razón de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos (2001 a 2.007).
- Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos (2001 a 2.007)
- Tasa ajustada por edad de mortalidad por Infecciones *100.000 habitantes. Códigos A00 a B99; J00 a J22; G00 a G03 (2001 a 2006).
- Número de establecimientos de salud del subsector oficial con internación * 10000 (2000) OPS-MS
- Número de establecimientos de salud del subsector oficial sin internación * 10000 (2.000) OPS-MS
- Número de establecimientos de salud del subsector privado con internación * 10000 (2000) OPS-MS
- Número de establecimientos de salud del subsector privado sin internación * 10000 (2.000) OPS-MS
- Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales del subsector oficial* 10000 h.(2.003) OPS – MS.
- Tasa de incidencia de sífilis neonatal congénita * 1000000 h.(2001 a 2007)
- Tasa de incidencia de leptospirosis* 1000000 h.(2001 a 2007)

Discusión y resultados

Gráfico n° 1. Variación anual estimada del PBI %. Argentina 2003 a 2009

Fuente de datos. Bey Tech 2 de marzo de 2009

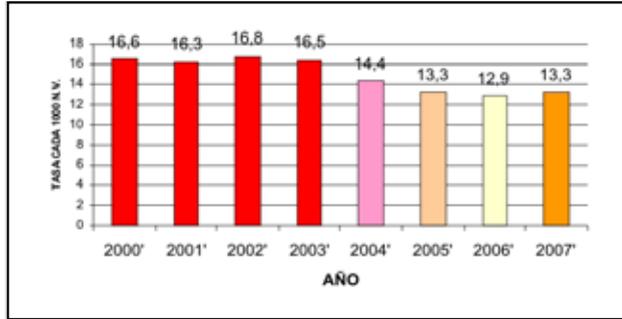
El crecimiento real que desde los años 1999 a 2002 había mostrado valores



negativos¹³, asume valores positivos desde el año 2003, mostrando un pico en el 2005.

Gráfico n° 2. Variación de la tasa de mortalidad infantil. Argentina 2001 a 2007

Fuente de datos: Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2001 a 2008.

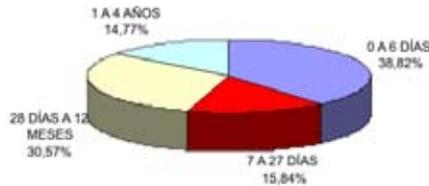


La tasa de mortalidad infantil que decrecía desde 2003 a 2006, tuvo en el 2007, una tasa de crecimiento del 3%. Si se observa el promedio país, la tasa de mortalidad neonatal se ha mantenido en el mismo punto (8,5%). Crece sin embargo la post neonatal. En Capital Federal, La Pampa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero, San Juan y Santa Fe, creció más la tasa de mortalidad neonatal mientras que en Buenos Aires, Córdoba, Chaco Entre Ríos y San Luis crecieron ambas, pero más la post neonatal.

Ante la pregunta de cuántos niños murieron durante el año 2007, la respuesta es 10912 niños menores de 5 años, o sea 5 muertes cada 4 horas o más de un niño por hora. Del total, el 55 % murió durante las primeras 4 semanas de vida, el 30% durante los 11 primeros meses y el 15% restantes durante los 4 años posteriores. Durante su primera semana de vida, el niño es más vulnerable y estas muertes podrían ser evitables con acciones preventivas o curativas, de tecnología simple o complejidad moderada

Gráfico n° 3. Distribución por edad de la muerte de menores de cinco años. Argentina 2007

Fuente de datos: Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2008.



Las causas de las muertes se detallan en la tabla n° 1, donde se observa, que si bien, casi el 50% de la muertes infantiles ocurre por ciertas afecciones del periodo perinatal, y casi una cuarta parte por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, es visible también que de 2006 a 2007, han aumentado proporcionalmente las septicemias, y las enfermedades de los sistemas circulatorio y respiratorio, entre ellas la infección respiratoria aguda.

Cuando las muertes neonatales se clasifican en base a su evitabilidad, se observa que más de la mitad de los recién nacidos, mueren por causas que son reducibles por diagnóstico y tratamiento en el momento adecuado.

13 Ámbito Financiero 2007

Tabla n°1. Causas muerte menores de 1año. República Argentina. Año 2006 y 2007

Causa	Año 2006	%	Año 2007	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias, excepto septicemia	203	2,26	190	2,04
Septicemia ¹	159	1,77	223	2,40
Infección respiratoria aguda	361	4,02	457	4,91
Otras enfermedades del sistema respiratorio	366	4,07	418	4,49
Tumores	33	0,37	42	0,45
Deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales	40	0,45	46	0,49
Meningitis	77	0,86	55	0,59
Enfermedades del sistema circulatorio	71	0,79	101	1,09
Ciertas afecciones originadas en el periodo Perinatal	4402	48,99	4557	49,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2253	25,07	2096	22,54
Causas externas	293	3,26	318	3,42
Las demás causas definidas	210	2,34	190	2,06
Total causas mal definidas y desconocidas	518	5,76	568	6,11
Total	8986	100	9300	100

Fte de datos. Anuario Estadístico Ministerio Salud de la Nación. República Argentina. Año 2007 y 2008.

Gráfico n°4. Distribución de las muertes neonatales según criterio de reducibilidad



Fte de datos. Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2008.

Para los mayores de un año la tabla indica que casi el 30% de los niños muere por causas externas, un 13 % por enfermedades respiratorias y un 8% por tumores.

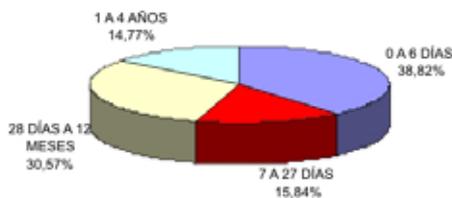
Tabla n°2. Causas de muerte de niños de 1 a 4. años. República Argentina. Años 2006 y 2007

Causa	Año 2006	%	Año 2007	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias, excepto septicemia	82	5,15	58	3,6
Septicemia	70	4,40	60	3,72
Infección respiratoria aguda	102	6,41	109	6,76
Otras enfermedades del sistema respiratorio	101	6,34	112	6,95
Tumores	124	7,79	134	8,31
Deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales	58	3,64	48	2,98
Meningitis	16	1,01	14	0,87
Enfermedades del sistema circulatorio	60	3,77	50	3,10
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	186	11,68	195	12,16
Causas externas	490	30,15	471	29,22
Las demás causas definidas	230	14,45	243	15,07
Total causas mal definidas y desconocidas	83	5,21	117	7,26
Total	1592	100	1612	100

Fte de datos. Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Años 2007 y 2008

La distribución geográfica de la mortalidad infantil en Argentina durante 2007 se observa en la tabla 3.

Gráfico n° 5. Distribución por cuartiles de los distritos políticos en relación a la tasa de mortalidad infantil.



Fte de datos. Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2008.

Las tasas de mortalidad infantil más altas se dan en las provincias pobres del norte. Las más bajas en Capital Federal, Mendoza y algunas patagónicas. La diferencia entre la tasa de mortalidad infantil entre el distrito con el valor más alto de NBI y el más bajo, resulta la muerte por inequidad social (Schneider y col 2005). En Capital Federal la tasa de mortalidad infantil es de 8,4%° y el porcentaje de familias en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) es del 7,8%, mientras que en Formosa la tasa de mortalidad infantil es del 22,9%° y el NBI es del 33, 66%. De ahí que $22,9/8,4 = 2,8$ o sea que en Formosa mueren tres veces más niños que en Capital Federal debido a la pobreza, dicho de otra manera el 75% de los niños muere por causa de ser pobre.

¿Pueden los servicios de salud reducir la inequidad? Si se toma la distribución geográfica de los médicos en Argentina, se puede observar que los médicos se ubican preferentemente en las provincias de mayor desarrollo relativo mientras los niños mueren en las regiones más pobres.

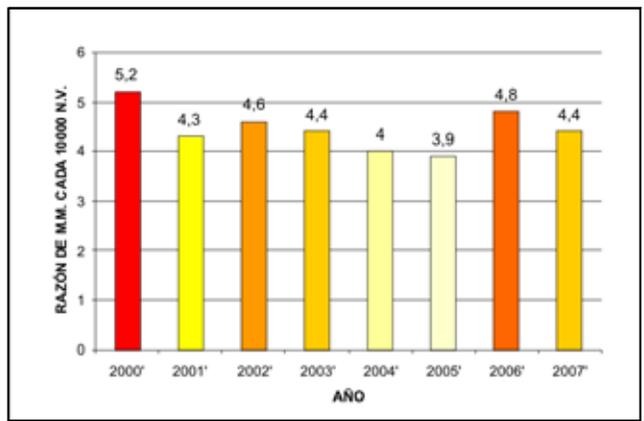
Tabla nº3. Distribución por cuartiles de los distritos políticos en relación al nº de médicos cada 10000 habitantes. Argentina 2006

Cuartiles	Rango de número de médicos cada 10000 habitantes	Provincia
Primero	< de 18 * 10000 habitantes	Formosa, Misiones, Santiago del Estero, Chaco, Jujuy, Catamarca.
Segundo	De 18 a < 22 cada 10000 habitantes	Salta, Entre Ríos, Chubut, La Pampa, San Luis; Corrientes .
Tercero	De 22 a < 25 cada 10000 habitantes	Santa Cruz, San Juan, La Rioja, Río Negro, Neuquen, Buenos Aires.
Cuarto	≥25 cada 10000 habitantes	Tucumán, Mendoza, Tierra del Fuego, Santa Fe, Córdoba, Capital Federal .

Fte de datos. Mónica Abramzón (2006) Revista de la Escuela de Salud Pública nº 1. V10 pags 52-62

En relación a la razón de muerte materna, la misma se mantiene relativamente estable en los últimos años.

Gráfico nº6. Razón de muerte materna. Argentina 2000 a 2007



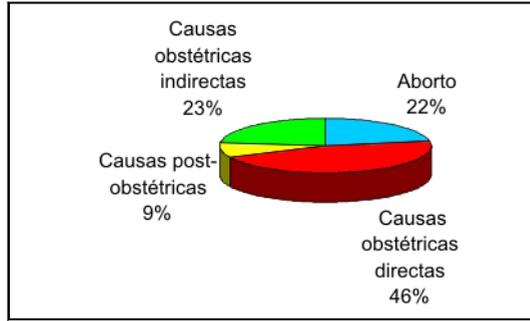
Fte de datos. Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2001 a 2008

De acuerdo a datos oficiales¹⁴, mueren algo más de 300 mujeres por año, por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. Más de las ¾

partes son menores de 30 años, algunas mueren antes de los 15 años, y el 50% muere por hemorragias, hipertensión o sepsis. Si se compara con otros países americanos, la muerte materna es peor en Argentina que en países como Chile y Cuba de menor riqueza relativa por habitante.

14 Diario Puntal de fecha 05-04-09, menciona que en Argentina más de 400 mujeres mueren por año, sólo por abortos ilegales, el dato no se conoce por el secreto profesional y falencias en el certificado de defunción.

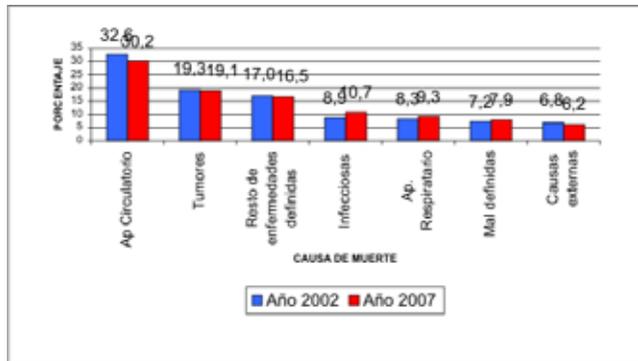
Gráfico n° 7. Causas de muerte materna. Argentina 2007



Fte de datos. Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2008.

En relación a la tasa de mortalidad por infecciosas la razón de mortalidad proporcional 2002-2007, indica que aumentaron todas las infecciosas: digestivas, septicemias, infección respiratoria aguda y las enfermedades del aparato respiratorio.

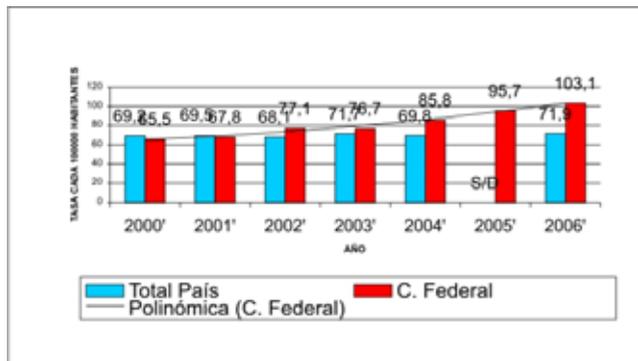
Gráfico N° 8. Razón de mortalidad proporcional por causa. Argentina 2002 y 2007



Fte de datos. Anuario Estadístico. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2003 y 2008.

Se observa asimismo (gráfico n° 8), que si bien la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas se mantiene durante todos esos años con poca variación, ha ido aumentando en Capital Federal.¹⁵

Gráfico n° 9. Evolución de la Tasa de Mortalidad por enfermedades Infecciosas ajustada para la edad. Años 2000 a 2006



Fte de datos. DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Años 2002 a 2008.

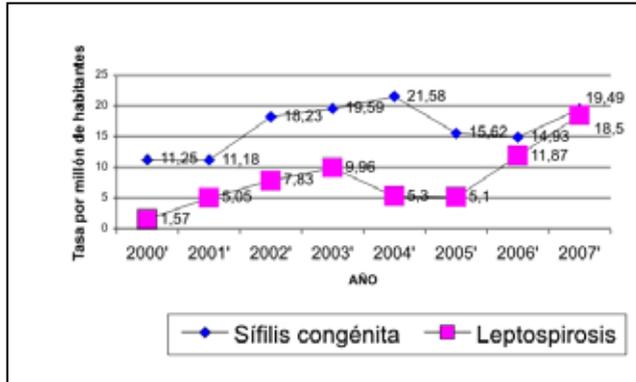
15 En la ciudad de Buenos Aires, un equipo de trabajo del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad ha llegado a la conclusión que la mayoría de las comunidades que viven en villas o asentamientos precarios no tienen garantizado un servicio básico de saneamiento.

Hay áreas de la ciudad que poseen problemas particulares como es la población industrial de la zona aledaña a la Cuenca Matanza – Riachuelo, donde contaminantes líquidos y gaseosos durante años contaminaron los suelos donde se asientan familias con niños, además Barracas y La Boca se consideran expuestos al polo petroquímico de Dock Sud.

(Informe Ambiental anual 2008, op cit).

La tasa de incidencia de dos patologías infecciosas se grafican seguidamente. Resulta claro que tanto en el caso de la sífilis congénita como en la leptospirosis, el impacto del crecimiento económico sobre ellas ha sido nulo. Más aún en ambos casos las cifras son superiores a los datos de los peores años de la crisis en el 2001 y el 2002

Gráfico n° 10. Tasas de incidencia de sífilis congénita y leptospirosis. Argentina 2000 a 2007



Fte de datos. DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Años 2002 a 2008.

Análisis bivariado

El análisis bivariado tiene por finalidad estudiar como se comportan en cuanto a su grado de correlación las variables en estudio. Se presentan en la tabla las asociaciones con un coeficiente de correlación de |0,60 a 0,90|¹⁶.

Tabla n° 4. Correlaciones estadísticamente significativas rango | 0,60 a 0,90 |

Queda claro que la mortalidad infantil se halla fuertemente asociada al analfabetismo de la mujer, con las NBI y la falta de cobertura de obra social. Las muertes se producen en una parte de la población que vive alejada de los centros

Variable	Correlación positiva	Correlación negativa
Mortalidad infantil	NBI 0,76 Analfabetismo de la mujer 0,72 % población no cubierta por O.S 0,71	agua potable -0,71 cloaca -0,72
Porcentaje población no cubierta por obra social (O.S)	NBI 0,84 Analfabetismo de la mujer 0,86	% población urbana -0,73 agua potable -0,71 cloaca -0,75
PGB (producto br geográfico)	Cloaca 0,83 Médico 0,67	Sin obra social 0,77 NBI -0,62 Analfabetismo de la mujer -0,62
Médico	Cama privada 0,80	
Institución oficial sin internación	Oficial con internación 0,64 Privado sin internación 0,69	

urbanos, no posee cobertura médica, servicios cloacales, agua segura ni asistencia del médico. Por otro lado las instituciones sanitarias no presentan ninguna correlación ni directa ni inversa con la muerte infantil. Cabe preguntarse, ¿que significado tiene la promoción gubernamental de la creación de hospitales equipados con tecnología

de punta, si está visto que lo que se debe erradicar es el analfabetismo y la pobreza, brindar agua segura, vivienda digna y trabajo estable con cobertura social?

Análisis multivariado

Para reducir las dimensiones del estudio y hacer un modelo más simple se hizo un análisis de factores. En el se observan dos dimensiones, el primer factor acumula casi el 50% de la variabilidad total del problema y el segundo factor solo el 15%.

16 Las demás variables en estudio como razón de muerte materna, tasa de natalidad, muerte por infecciosas, tasa de incidencia de sífilis congénita, camas públicas, y establecimiento oficial con internación, no muestran correlaciones importantes.

Tabla nº 5. Extracción de ejes factoriales

Factor	Autovalor	% total de varianza	Autovalor acumulado	% total de varianza acumulada
1	6,18	47,51	6,18	47,51
2	1,85	14,26	8,03	61,77

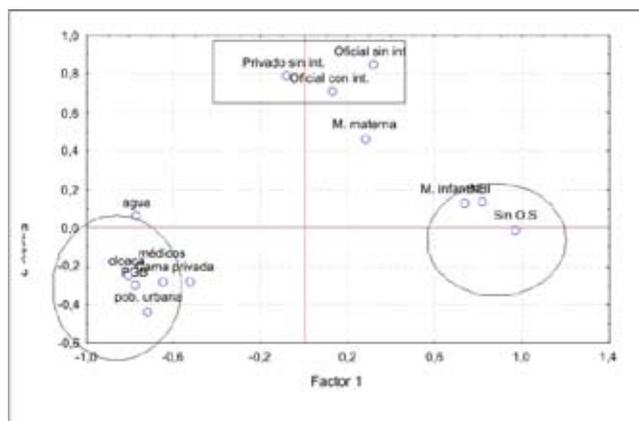
Tabla nº 6. Factores de carga

Variables	Factor 1	Factor 2
Número de médicos cada 10000 habitantes	-0,66	-0,28
Número de Camas privadas	-0,53	-0,27
Establecimientos oficiales con internación	0,12	0,71
Establecimientos oficiales sin internación	0,31	0,85
Establecimientos privados sin internación	-0,08	0,79
Producto geográfico bruto por cápita	-0,78	-0,29
Tasa de mortalidad infantil	0,73	-0,14
Razón de muerte materna	0,28	0,47
% de población no cubierta con O.S.	0,97	0,00
% de población urbana	-0,72	-0,42
% de población en hogares con necesidades básicas Insatisfechas	0,81	0,14
% de población con acceso a agua potable	-0,77	0,07
% de población cubierta con desagües cloacales	-0,82	-0,24
Variables explicativas	5,43	2,60
Proporción total de explicación	0,42	0,20

El primer factor se podría llamar la **distribución de la riqueza**, presenta dos polos de signo opuesto, en uno de esos polos se halla la pobreza, el analfabetismo, la falta de cobertura social y la muerte infantil. En el polo opuesto, o sea en correlación inversa, se asocia la riqueza individual (PGB), médicos cada 10000 habitantes, población urbana, acceso a agua potable y cloacas.

El segundo factor podría ser llamado **oferta de servicios** carga a los establecimientos públicos con y sin internación y los privados sin internación. La correlación con el primer factor es nula. La conclusión parece obvia. Si el sistema de salud debe promover la salud y disminuir la desigualdad neutralizando la desigual distribución del ingreso, en Argentina eso no parece ocurrir. Más bien la lógica de los establecimientos sanitarios parece depender de otras variables o de su propia entropía.

Gráfico nº 11. Visualización de los factores o nuevas variables



Conclusiones

El Producto bruto interno creció ininterrumpidamente desde el 2003 al 2008 a tasas promedio del 8,5 % anual. Esto implica que a fines del 2008, la riqueza había crecido en Argentina más de un 50 % en relación al año 2002. Este crecimiento excepcional no tenía antecedentes en el país y permite examinar el impacto del crecimiento económico sobre los indicadores de salud. El comportamiento de los indicadores sanitarios observados sin embargo, no ha tenido una asociación estadística inversa al del crecimiento de la riqueza. La tasa de mortalidad infantil que disminuyó desde 2003 a 2006, aumentó en 2007, aún en provincias centrales que son las mejores cubiertas con recursos sanitarios.

La muerte neonatal puede reducirse con un diagnóstico y tratamiento adecuado ya sea antes durante o después del parto. La muerte de menores de un año creció en los últimos años por infecciosas como IRA o septicemia. Existe asimismo un aumento proporcional en el último año considerado, de los niños de 1 a 4 años por enfermedades respiratorias y tumores. De la muerte materna llama la atención la edad de las mujeres y la causa de muerte "obstétricas directas". La tasa de mortalidad por infecciosas ajustada para la edad, si bien se mantiene, aumenta notablemente en Capital Federal. La morbilidad por infecciosas en cuanto a sífilis congénita y leptospirosis va en aumento. La mortalidad infantil por inequidad social exhibe una razón de tasas de 3:1. En ese sentido la muerte infantil correlaciona en forma directa con el analfabetismo, la pobreza y la ausencia de trabajo estable (falta de cobertura de obra social), en forma inversa con el agua potable, desagües cloacales, urbanización, riqueza personal y presencia de médicos y no presenta relación alguna con las instituciones de salud. La síntesis inevitable es que ni las variaciones de la riqueza nacional, se asocian necesariamente a mejoras uniformes de salud, ni los servicios garantizan mejores indicadores poblacionales. La correlación de variables indica que la morbilidad y la mortalidad están fuertemente asociadas a la distribución del ingreso y que los servicios de atención no parecen cumplir con el objetivo de disminuir las desigualdades, dada la falta de vinculación entre el factor que agrupa las condiciones que reflejan desigualdad en la distribución del ingreso y el factor que refleja la oferta de servicios pública con y sin internación, como la oferta ambulatoria privada.

Bibliografía

- ABRAMZÓN, MÓNICA: "Recursos humanos en salud en Argentina. Un desafío pendiente". 2006. Revista de Salud Pública. Nº1. V. 10. pags.52-62
- AMBIENTE Y SALUD Pags 120-122 (2008) Agencia de Protección ambiental Ministerio de Ambiente y espacio Público. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- ARGENTINA INDICADORES BÁSICOS. Ministerio de Salud de la Nación. Publicaciones años 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008.
- BAUMAN ZYGMUNT "Vida Líquida". Paidós Estado y Sociedad. Argentina. 2006
- BAUMAN ZYGMUNT "Vida de Consumo" Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires 2007
- BRIGGS, DAVID (2003). "Indicators to Improve Children's Environmental Health". Department of Epidemiology and Public Health. Imperial College London. World Health Organization.
- FUKUYAMA FRANCIS "El Fin del Hombre Consecuencias de la Revolución Biotecnológica". Zeta España 2008
- INDEC Anuario Estadístico de la República Argentina Ministerio de Salud. años 2002, 2007 y 2008.
- NETBEYTECH NEWSLETTER DE COYUNTURA FINANCIERA (2009) Info @ beytech (CABA)
- OPS/OMS Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2008
- RICE, SUSAN (2006) "The National Security Implications of Global Poverty". Speech at the University of Michigan Law School
- SAMPIERI R., C. COLLADO y L. BAPTISTA (1998) "Metodología de la Investigación". Segunda Edición. McGRAW-HILL. México
- SCHNEIDER, M.C; CASTILLO SALGADO, C.; BACALLAO, J.; LOYOLA, E.; MUJICA, O.; VIDAUME, M y A. ROCA "Métodos de medición de las desigualdades de salud". (Parte II). Boletín Epidemiológico/ OPS., VOL.25. Nº 4, pp.12-14
- STARFIELD BARBARA "Atención Primaria Equilibrio entre necesidades de salud,

servicios y tecnología. Masson S.A. 2001 España
TAFANI ROBERTO "Economía Sanitaria". UNRC
2000 Argentina
THE ECONOMIST "El Futuro de la Tecnología"
Colección Finanzas y Negocios 2008. Perú
WORLD HEALTH ORGANIZATION. "The Financial
Crisis and Global Health". Report of a High Level
Consultation. World Health Organization. Geneva. 19
January 2009
ZUBERY, BILAL & FELLOW, MARTIN (2001)
"Global Climate Change and Human Health". Published
in IFMSA VAGUS 2, 23-25