

## Los nuevos desafíos de la mortalidad infantil

Dra. Nélica Fernández Busso\*

### Resumen

Se presentan las características sustanciales de la estrategia desarrollada por UNICEF para mejorar la calidad de los servicios de salud, como una respuesta posible para disminuir las muertes infantiles evitables y mejorar el cuidado de la salud de los niños. Se analizan los significados actuales de la mortalidad infantil y su vinculación con la calidad, equidad y eficiencia de los servicios de salud. Se describen los puntos centrales de la metodología, particularmente la responsabilidad y participación en el proceso de evaluación y mejora de los profesionales como integrantes de un servicio de salud y de las familias involucradas. El objetivo de esta comunicación es difundir entre los pediatras una estrategia que se está desarrollando desde 1996 en distintas jurisdicciones del país, tratándose de un apropiado instrumento cuando se asume desde la perspectiva ética de evitar muertes injustificadas.

**Palabras clave:** calidad en atención de salud, mortalidad infantil, muertes infantiles evitables.

### Summary

We present a contribution to reduce infant mortality rate by developing a strategy to assess and improve health services performance. Since 1996, UNICEF Argentina has been fostering in our country this method.

Now the infant mortality rate is considered as a tracer for quality, efficiency and equity of health services.

We analyzed a method based on the assessment and improvement of the health-care process on local health services and pediatricians together with the involvement of local families.

The aim of this communication is to diffuse this strategy among pediatricians as a tool to prevent children death. It is an ethical responsibility.

**Key words:** health care quality, infant mortality rate, preventable child mortality.

*¿Qué determina que un sistema de salud sea equitativo? ¿Cómo podemos saber si el desempeño de un sistema de salud es el mejor posible?*

Gro Harlem Brundtland,  
Directora General de la OMS.

### INTRODUCCION

Los interrogantes que nos propone la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> son actualmente objeto de debate público y preocupación de profesionales, autoridades y políticos. Los individuos, las familias y las sociedades dependen, en gran medida y durante toda la vida, de los servicios de salud; de su capacidad de respuesta, de sus principios éticos y de la calidad de su desempeño.

Esa dependencia es mayor en la etapa de la vida de mayor fragilidad: el período comprendido desde la concepción hasta el año de edad. Por ese motivo, la muerte de un niño es uno de los hechos que más conmocionan a una sociedad, porque pone en evidencia situaciones socioeconómicas injustas y el modo como una comunidad cuida la salud de su infancia. Por ello, la reducción de la mortalidad infantil siempre ha sido un objetivo fuerza aglutinante en el campo de la salud materno-infantil y en el discurso general de la salud pública. Es un indicador de las desigualdades, de las inequidades de las políticas sociales, de la falta de calidad de los sistemas de salud y del desempeño ineficiente de servicios y equipos de salud.

En consecuencia, a lo largo del tiempo y con mayor énfasis en las décadas del 60 y 70 se desarrollaron estrategias de intervención favorecidas por la apropiada articulación de lo clínico con lo sanitario en los departamentos y direcciones de salud materno-infantiles de mi-

\* Medicina y Sociedad.  
Fundación A. Donavedia.

Correspondencia:  
Ugarteche 2828, 4° B.  
(1425) Ciudad de Buenos Aires.

nisterios y municipios y por el apoyo de organismos internacionales como OMS/OPS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Naciones Unidas para el Desarrollo, entre otros.

El resultado fue la construcción de un campo sólido y una doctrina de salud maternoinfantil (SMI) con estrategias fundacionales como la vigilancia epidemiológica, el proceso de normatización, la formulación del enfoque de riesgo, los programas de atención primaria de la salud, en los cuales las madres y los niños constituyeron los grupos prioritarios.

Es indudable que esas actividades tuvieron un alto impacto en la reducción de la mortalidad infantil (MI) pero, en las últimas décadas se ha producido una serie de cambios epidemiológicos, técnicos y sociales que obligan a una nueva construcción del campo y a plantear otras estrategias para seguir mejorando la situación de la infancia. Más aún cuando persiste el problema por las muertes infantiles evitables con una oportuna y eficaz atención médica.

## LAS REALIDADES ACTUALES

A partir de 1988 y por iniciativa conjunta de UNICEF, Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y del Ministerio de Salud y Acción Social se fijaron como metas para el año 2000, entre otras, la reducción de la mortalidad infantil del país en un 20% y en un 25% en aquellas provincias con valores que superaran el promedio nacional. Cuando se fijaron estas metas, la tasa general de mortalidad infantil del país era de 25,8 por mil nacidos vivos<sup>2</sup> y aún antes de lo previsto se había logrado lo propuesto, ya que en 1997 la tasa fue de 18,8‰. Sin embargo, a la luz del acontecer mundial, esos valores son todavía altos, porque países equiparables tienen cifras francamente menores y gastan en salud mucho menos que nosotros.<sup>3</sup> En consecuencia, es una obligación para todos reafirmar ese compromiso en favor de los niños a la luz de las nuevas realidades que se enfrentan. Por ejemplo:

- *La mortalidad infantil ha dejado de ser un indicador general de pobreza/riqueza de los países para convertirse en una señal evidente de la brecha creciente entre los ricos y los pobres dentro del país y entre los estados. Por ejemplo: países como Brasil o Co-*

lombia, que han aumentado su pobreza, han disminuido sus tasas y aumentado la distancia entre las familias con mayores y menores ingresos.\*

Estados Unidos, que actualmente es uno de los países más ricos del mundo, no tiene las tasas más bajas de MI (por ejemplo: EE.UU.: 7‰, Japón: 4‰, Irlanda: 6‰).<sup>4</sup>

En nuestro país existen áreas donde creció la desocupación o las familias con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sin embargo, disminuyeron las tasas de MI. Por ejemplo, en la ciudad de Rosario, durante los últimos cinco años, se observa una disminución del 28,4% de la mortalidad infantil, comparando el año 94 con el 98 y tiene uno de los índices de desocupación más altos del país (16 al 18%).<sup>5</sup>

- *El nivel de salud alcanzado por una región o estado se debe relacionar con los indicadores socioeconómicos, para medir el grado de equidad y cohesión social existente en esa comunidad. El nivel de salud se puede expresar por la expectativa de vida al nacer -muy influida por el valor de la mortalidad infantil- y se espera que esa prolongación de la vida esté correlacionada positivamente con los indicadores macroeconómicos. Si esto no ocurre, se deduce que existen desigualdades o disparidades en la distribución de*

TABLA 1. *Indicadores socioeconómicos y de salud en algunos países seleccionados.*

País	MI‰	Expectativa de vida al nacer	Gasto en salud por cápita	PBI por cápita
Argentina	19	73	795	8.950
Brasil	36	67	319	4.790
Chile	11	75	331	4.820
Costa Rica	14	76	224	2.680
Cuba	7	76	106	1.170

Fuentes: *Estado Mundial de la Infancia 2000*. UNICEF, Nueva York 2000.  
Referencia: indicadores SE en dólares.

\* *Estado Mundial de la Infancia 2000*, UNICEF, ISBN 92-806-3534-4. Brasil, con MI en 1960 de 155‰ pasa en 1998 a 36‰ y concentra entre 1990 a 1996 el 64% de los ingresos en el 20% de la población más rica. Colombia, con MI en 1960 de 82‰ baja en 1998 a 25‰ y entre 1990 y 1996 concentra el 62% de los ingresos en ese mismo 20% de los más ricos. Es decir, que en ambos países se aumenta la brecha de desigualdades.

salud y en la participación o carga financiera que soportan los ciudadanos, o sea que la región o país es inequitativo. Algunos ejemplos se pueden apreciar en la *Tabla 1*. Allí se pone en evidencia que nuestro país gasta más en salud y tiene mayor producto bruto per cápita que otros países latinoamericanos y sin embargo no tenemos los mejores índices de salud.

- *El desempeño de los sistemas y servicios deben sustentarse en principios que garanticen el ejercicio de los derechos a la salud de los ciudadanos.* Por ello, el desafío que enfrentan todos los sistemas de salud del mundo es que su desempeño debe responder a una trilogía básica que se ha convertido en sus principios éticos. Estos son: equidad, calidad y eficiencia. Equidad no significa igualdad sino imparcialidad, ya que un sistema es equitativo si sus respuestas se diferencian según las necesidades de acceso a los servicios, a los riesgos de enfermar y a la participación en el poder. Dice Margaret Whitehead<sup>6</sup> que "las diferencias en salud no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas".

Calidad, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar los riesgos.<sup>7</sup> Si la salud es un derecho, los servicios de mala calidad privan a los ciudadanos de ese beneficio; en consecuencia, la sociedad tiene la obligación de garantizar calidad de alto nivel en sus servicios.

Eficiencia, es la capacidad de los servicios de administrar sus recursos de modo de obtener el máximo de beneficio al más bajo costo. En la actualidad, la medicina se ha complejizado y cuenta con tecnologías efectivas pero muy costosas. Su uso inapropiado o ineficiente incrementa esos costos y priva a los pacientes de una atención adecuada. Por lo tanto, el desempeño de los servicios se debe considerar tanto en términos monetarios como de resultados sobre la salud.

## LAS PROPUESTAS DE NUEVAS ESTRATEGIAS

Si a los enunciados precedentes se agregan los numerosos cambios epidemiológicos, tecnológicos y sociales que han ocurrido en las décadas precedentes, se pone de manifiesto la necesidad de reconstruir la doctrina y práctica de la SMI basándose en nuevas estrategias que articulen los enfoques tradicionales con las visiones actuales sobre el cuidado infantil. Porque el destino de todos los niños exige mucho más que el reconocimiento de una verdad incuestionable: su derecho a la vida. Exige acciones concretas en todos los campos educativos, sociales y de salud.

En consecuencia, mucho es lo que resta por hacer y desde los más variados abordajes, ya que lo importante no es el discurso sino la actuación sobre la comunidad y sus instituciones para limitar las brechas denunciadas.

En ese camino y como ejemplo de la búsqueda de estrategias para reducir el impacto de la Mortalidad Infantil, UNICEF de Argentina está promoviendo desde 1996, en distintas jurisdicciones del país, una propuesta metodológica basada en el análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de salud de la niñez. Evitar lo ocurrido en otros niños expuestos a situaciones similares.

La clave del trabajo es la reflexión de los equipos de salud sobre los procesos de atención de los niños a su cargo para convertirse en un factor activo y conciente de cambio hacia la calidad de los servicios.

En dos publicaciones<sup>5,8</sup> se detallan las bases conceptuales y los lineamientos prácticos para llevar a cabo esos propósitos, se presentan las experiencias en tres jurisdicciones nacionales que pudieron traducir esa propuesta en programas reproducibles, porque han demostrado que se pueden hacer y bien (provincia de Mendoza, partido de Florencio Varela, Municipalidad de Rosario). Además se han comenzado a desarrollar actividades similares en Neuquén, San Luis y Chaco.

En la actualidad el gobierno nacional ha incluido esta metodología en su agenda programática<sup>9</sup> y está impulsando su extensión a todas las provincias y municipios del país.

Las medidas son simples porque no se necesitan recursos adicionales, pero son transformadoras al invertir el sentido de las soluciones y al centrarse en los cambios de conducta de los actores. Ya no necesitamos normatizar los temas de prevención, del cuidado del crecimiento y desarrollo de los niños, del control del embarazo o de la detección de los grupos de riesgo. Necesitamos reconocer por qué no hacemos a veces aquello que la evidencia científica nos demuestra que es efectivo. Para ello, el primer paso es evaluar si se aplicaron esas normas cuya eficacia reconocemos y luego, identificar las causas probables de la distancia entre el conocimiento y la práctica. Lo más relevante de este enfoque es introducir medidas correctoras que están al alcance de los equipos responsables.

Como se trata de un compromiso compartido y centrado en los servicios de salud, es importante que todos los profesionales y, principalmente los pediatras, conozcan los rasgos más relevantes del programa y ese es el objetivo de esta publicación.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA DE UNICEF-ARGENTINA**

Esta estrategia tiene por subtítulo: "Análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de la salud de los niños", que refleja su intencionalidad y metodología.

- *Análisis*, como deconstrucción crítica de la atención en sus acciones sustanciales recorriendo el camino desde lo complejo a lo sencillo. Este término diferencia a este trabajo de la auditoría médica y de la evaluación, que son expresiones más frecuentes. En nuestro país auditoría es un término devaluado por estar unido a la búsqueda de errores en las contrataciones de los servicios profesionales. Aunque la evaluación es una de las etapas del proceso de análisis, se trata de evitar que esta actividad sea lo central de la propuesta o que ésta se limite tan sólo a ese procedimiento.
- *De las muertes infantiles*. Es un análisis individual, singular y específico de cada muerte infantil. Por lo tanto, no se trata de un estudio de valores cuantitativos

(tasas, razones) sino de muertes nominales e identificadas individualmente. De ahí que se diferencie del monitoreo epidemiológico, que analiza magnitud, tendencias y causas de mortalidad y se transforma en un monitoreo de procesos de atención a partir de un resultado desfavorable y vinculado a la calidad de los servicios.

- *Como instrumento*. En este análisis la muerte es un evento adverso, un trazador o indicador de la calidad del proceso de atención que va desde el embarazo hasta la muerte. Esas defunciones se convierten así es un resumen, una muestra, un medio para conocer el desempeño de los equipos y servicios de salud con relación a la atención materno-infantil. Es la expresión última de los problemas subyacentes.
- *Para mejorar*. El énfasis de la metodología no es la evaluación sino el mejoramiento consecuente y continuo. Para ello el método provee herramientas para la detección de problemas que deben ser evitados, limitados, corregidos. Lo importante es el mecanismo de cambio que se desencadena como consecuencia de los indicios y pistas encontrados.
- *El cuidado de salud de la niñez*. Al corregir esos problemas es probable que se puedan evitar otras muertes y que se consiga mejorar la calidad de atención de todos los niños sometidos a condiciones similares. Seguramente que no son todas las acciones que se pueden realizar para mejorar la situación de la infancia, son tan sólo las posibles a partir de una actitud reflexiva de los equipos de salud.

### **DESARROLLO EN LAS JURISDICCIONES: PROVINCIAS, PARTIDOS, MUNICIPIOS**

Con frecuencia los problemas comienzan con la puesta en práctica de las mejores intenciones. Para evitarlos son necesarias dos condiciones sustanciales: lograr el compromiso expreso de las autoridades políticas y sanitarias y formalizarlo con una estructura contenedora –no burocrática– que defina responsabilidades, misiones y funciones. De esta forma se crea un movimiento extendido y participativo y el liderazgo no es de unos pocos sino de muchos.

La idea es compartir las acciones con todos los actores que pueden estar involucrados: subsectores públicos y privados; profesionales, técnicos y personal de salud; entidades comunitarias, científicas; universidades, comunidad.

Una vez acordado este marco general se deberá designar a los integrantes de comisiones o comités centrales y locales en relación con los establecimientos donde se atienden las madres embarazadas y los niños: centros de salud, hospitales generales y especializados, sanatorios. Sobre este punto merece comentarse que la estrategia no tiende a dar protagonismo a los niveles ministeriales o centrales, para quienes se reserva la función de facilitación y de amparo, sino a los responsables directos del cuidado infantil: médicos generales, pediatras, neonatólogos, ginecoobstetras, personal de enfermería, del área psicosocial. Son estos grupos los que deben realizar el proceso de autorreflexión, de evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios donde trabajan.

Es un cambio de las preguntas y de las respuestas. ¿Pudimos evitar la muerte de este niño que atendimos? Es probable que no hubiera fallecido si hubiéramos detectado a tiempo el riesgo, por ejemplo, de una complicación infecciosa intrahospitalaria. ¿Qué debemos hacer para que no vuelva a ocurrir? Tal vez evitar las internaciones innecesarias, prolongadas, limitar los procedimientos a tan sólo los justificados, mejorar la higiene ambiental y del personal...

Pero aún más, el grupo no solamente debe transitar por la identificación de problemas y causas sino que debe instrumentar las soluciones enunciadas. Proceder a realizar los cambios posibles sobre las conductas, los procedimientos, la organización y los recursos. Esta es la real trascendencia del método: indagar para reparar, corregir, mejorar. No para buscar errores, fallas o responsables sino que debe entenderse como la oportunidad de dar un salto cualitativo. Como institución, como servicio, como equipo.

Para lograr esos propósitos no bastan las buenas intenciones, es necesario crear un clima de colaboración y compromiso, contar con un amparo de espacio y tiempo

y diferenciar esa actividad de una investigación científica o de un juicio legal sobre las conductas profesionales.

A este conciente acto de reflexión desde lo técnicoasistencial le hace falta otro abordaje, considerado hoy complementario e imprescindible. Declaramos que los niños y sus familias tienen derecho a decidir sobre sus cuidados, sobre sus necesidades. Pero a la hora de hacer efectivas esas declaraciones se convierten en promesas incumplidas. Las familias son dependientes de los servicios de salud y éstos, muchas veces, no facilitan su autonomía y prescinden de sus opiniones.

Sin embargo, esta postura científico-centrista está cambiando y asistimos al crecimiento de los movimientos de los consumidores, de los sistemas de autocuidado y autoayuda, a la implementación de los consentimientos informados, a la necesidad de dar satisfacción a los clientes. Por eso no podíamos dejar de incorporar a la propuesta la evaluación de la propia familia sobre lo ocurrido en los servicios.

El objetivo de las entrevistas a las familias que han perdido un niño es acercarse como servicio para brindarles un espacio para exteriorizar su dolor, permitirles expresar sus preocupaciones, interrogantes y opiniones sobre lo ocurrido en la relación con los servicios de salud. Este acercamiento, lejos de producir rechazo o negativas, crea una situación nueva e inesperada. Los profesionales, generalmente del área psicosocial, aprenden a escuchar y reconocer perspectivas más humanizadas y reales y las familias sienten que esos servicios, tan distantes y asépticos, se interesan por la realidad de sus vidas cotidianas y les permiten hacer oír sus voces y reclamos. Posiblemente este abordaje familiar sea lo más valioso y no pocas veces desconcertante. Aquello que consideramos un éxito profesional puede ser un fracaso medido desde lo que espera y quiere la gente. La calidad en salud es una construcción colectiva que debe responder a lo técnico, a lo interpersonal y a un contexto de espacio y tiempo.

Cada uno de los enfoques reseñados tiene un apoyo operativo e instrumental. La formulación de manuales de normas y procedimientos, las fuentes y herramien-

tas para recoger la información de las historias clínicas y en las entrevistas domiciliarias; los talleres de capacitación donde se reproducen las situaciones de evaluar y mejorar con los apoyos teóricos correspondientes: estas son las estructuras básicas sobre las cuales cada jurisdicción construye su propio camino.

## CONCLUSIONES

Con seguridad esta estrategia no es lo único que debemos y podemos hacer. La experiencia nos demuestra que hay tantas posibilidades como factores inciden en la salud de nuestros niños. Solamente es un aporte para discutir, enriquecer, considerando que ya está en marcha en varios lugares y que se pueden apreciar sus dificultades y logros. Es un apropiado instrumento cuando se asume con la perspectiva ética de evitar otras muertes injustificadas pero, como todo trabajo, significa esfuerzo sistemático, continuo y a veces monótono porque todo cambio de conductas y procedimientos, en todos los casos, lleva tiempo y empeño. Es un proceso lento que supone, a veces, un cambio en la forma de hacer las cosas involucrando a todos los actores de la atención médica.

Por ese motivo se rescata el protagonismo de los equipos de salud en las decisiones juiciosas sobre el propio desempeño y de las familias en su derecho a emitir juicios críticos de las actuaciones institucionales. Todo ese núcleo central amparado por las decisiones políticas y técnicas que tienen el rol de facilitar y apoyar las actuaciones. Es preciso reconocer con humildad que el saber científico y la práctica profesional no es un saber seguro sino revisable, se basa en conjeturas comprobables y es imposible evitar todos los problemas, aun los evitables.<sup>10</sup> Por lo tanto, la única forma de mejorar es precisamente tratar de reconocerlos, para analizarlos por todos lados para llegar a sus causas. Pero no basta la autocrítica. Aunque fuera compartida, es necesario tener una actitud de trans-

formación. La metodología sólo provee pistas y tendencias para trabajar en el sentido del cambio. Los servicios de salud tienen el poder y el potencial necesarios para conseguir nuevas y extraordinarias mejoras.

Por ello todos los esfuerzos actuales por "la garantía de calidad de los servicios y sistemas de salud" tienen como sustento ético mejorar la capacidad de respuesta y disminuir las iniquidades, como se plantea en esta comunicación, por las muertes infantiles injustificadas. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo en el 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: World Health Report, 2000:3-5.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Salud Materno-Infantil en cifras. Buenos Aires: SAP, 1990: 14-15.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Análisis de salud. Datos de salud de países. Washington, 2000: [www.paho.org](http://www.paho.org)
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2000. Nueva York. USA, UNICEF House, 3 UN Plaza, 2000: 92-95.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, Argentina). ¿Por qué mueren los niños? Tres experiencias. Segunda parte: Resultados de la propuesta para el análisis de las muertes infantiles. Buenos Aires: UNICEF, 2000: 45-56.
6. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Serie reprints 1991; 9: 6-7.
7. Donabedian A. Calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluaciones. México: La Prensa Médica S.A., 1984: 4-7.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, Argentina) ¿Por qué mueren los niños? Propuesta para el análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de la salud de la niñez. Buenos Aires: UNICEF, 1998: 1-63.
9. Ministerio de Salud, Secretaría de Atención Sanitaria Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. La salud de las madres y los niños, desafíos y oportunidades. Buenos Aires: MSAS, 2000.
10. Popper K. Sociedad abierta, universo abierto. Conversaciones con Franz Kreuzer. Buenos Aires: Eds. Rei 1983: 139-158.