

TERCER ENCUENTRO MEDICINA INFANTIL

Tema: Situación actual de la salud materno-infantil

Presentamos una síntesis de las opiniones vertidas en la reunión. El encuentro se efectuó en el Aula Magna del Hospital Garrahan el día 9 de junio. El mismo coordinado por el Dr. Juan Carlos O'Donnell, ex Director del Hospital Garrahan y ex Secretario de Estado del Menor y la Familia. El panel estuvo integrado por los siguientes invitados: el Lic. Aldo Isuani, Director Adjunto de UNICEF Argentina, Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, ex Decano de la Facultad de Medicina, U.B.A., Dr. Ginés González García, ex Ministro de Salud del Gobierno de la Pcia. De Buenos Aires, Lic. Pablo Vinocur, asesor de UNICEF Argentina y coordinador de programas de salud materno-infantil.

INTRODUCCION

Dr. Juan Carlos O'Donnell

El presente es un momento de grandes cambios en los paradigmas económicos, sociales y la salud no puede estar al margen de estos procesos.

Se observa una creciente presencia de las fuerzas económicas y del mercado y simultáneamente un achicamiento del rol del estado; en nuestro país al mercado de la salud le corresponden 20.000 millones de dolares al año; estos hechos pueden generar importantes cambios en los escenarios de la salud de nuestra comunidad tanto por las acciones que se desarrollarán como por las exclusiones e inequidades presentes y futuras.

En el presente de nuestro país puede comprarse una creciente desigualdad entre ricos y pobres, aumento del desempleo y la marginación social; estos cambios desfavorables tienen su impacto en la crisis de la seguridad social y el quiebre del paradigma solidario.

Además los nuevos enfoques mercantilistas reemplazan la figura del paciente y sus necesidades por la del usuario y finalmente el cliente. Todas estas corrientes desplazan al ser humano de su dimensión real y cercenan la equidad y la ética.

Desde estas perspectivas tan difíciles es que debemos repensar las condiciones de la salud ma-

terno infantil en nuestro país y las posibles acciones futuras para mejorar nuestros resultados, hoy desfavorables, en esta área.

Dr. Pablo Vinocur:

Desafortunadamente gran parte de la información respecto a la salud materno infantil proviene de indicadores negativos como la mortalidad global y las causas de muerte y esa es una información restringida pues mide el fracaso en su situación extrema que es la muerte, sobre todo la evitable.

Considerada en forma global, se ha producido un descenso de la mortalidad infantil en las últimas cuatro décadas aún en los países y regiones más pobres del mundo. Este hecho se debe a la disminución de las muertes debidas a enfermedades transmisibles, sobre todo la diarrea infantil.

Este descenso en América Latina fue mayor hasta la década de los 80 y luego se hizo más lento, ya que según los expertos se requieren nuevas y distintas inversiones para seguir bajando las tasas, debido a la naturaleza de las causas persistentes de muerte infantil, sobre todo las perinatales.

Otro aspecto importante es que en el área latinoamericana el descenso de la mortalidad infantil no fue homogéneo. Hubo países como Cuba, Canadá, Chile, Costa Rica que mostraron mejores re-

sultados y descensos más importantes, superando largamente en sus logros a nuestro país. Así por ejemplo Chile y Costa Rica que tenían tasas de 107 y 80 por mil en 1960, respectivamente, siendo las de Argentina de 50 por mil, han descendido al presente 13-14 por mil, mientras nuestro país presenta tasas de 20 por mil.

Este hecho en los países mencionados, no se debe a su nivel de pobreza, ya que Chile y Costa Rica con un PBI menor que el nuestro, tienen mejores resultados que los de Argentina.

Estos datos demuestran que es posible desarrollar mejores servicios de salud materno infantil y mejores resultados, con relativa independencia del grado de desarrollo económico, utilizando más eficientemente los recursos económicos y humanos.

Al analizar la distribución del ingreso en la Argentina se comprueba que existe una franca desigualdad ya que el 10% más rico de la población detenta el 35% del ingreso mientras que el 30% más pobre solo el 8%. A su vez, al observar la estructura de la mortalidad infantil se advierte que aproximadamente dos tercios de las defunciones son reducibles por acciones en el embarazo, el parto y la atención del recién nacido, con tecnología accesible.

La interacción de la mayor tasa de mortalidad infantil y de la desigualdad social, conforma un mapa de la pobreza con áreas que exhiben resultados mucho peores en el norte; mejores en zonas como las del centro del país y bolsones de pobreza y elevada mortalidad en las urbes más grandes, (Rosario, Buenos Aires y el conurbano).

Estos hechos contrastan con el compromiso mundial con la infancia, compromiso asumido en 1990 por nuestro país, de mejorar los indicadores. En efecto, pasada casi una década, nuestros resultados han sido pobres y hay jurisdicciones en que ha aumentado la mortalidad infantil.

Al considerar el desarrollo y crecimiento de la infancia también hay estudios que demuestran alta prevalencia de talla baja por daño nutricional en Jujuy, Salta, Misiones y Formosa.

En otro sentido existe fuerte vinculación con la inadecuada educación materna (analfabeta y primaria incompleta) con una mucho mayor tasa de mortalidad infantil. Este indicador muestra además grandes diferencias regionales en provincias como el Chaco donde 30% de las madres tienen este importante déficit educacional.

Todas estas consideraciones demuestran que se podría tener un gran impacto con acciones del sistema salud diferenciadas que actúen con intervenciones específicas en los grupos de más riesgo social, educacional y biológico.

Finalmente los cambios económicos del ajuste estructural han empeorado muchos indicadores sociales y se ha incrementado la mortalidad rela-

cionada al maltrato, la violencia y la crisis de la adolescencia.

Todos los graves problemas expuestos reclaman nuevas y profundas acciones para reformular la atención materno infantil a través de políticas sociales y del sector salud que modifiquen el perfil actual, curativo e ineficiente, generando en cambio un enfoque fundamentalmente preventivo y dirigido a los factores de riesgo.

Licenciado Aldo Isuani:

Mi presentación se relacionará a mi campo principal de estudio: las políticas sociales. Al analizar las características fundamentales de la sociedad actual y de sus políticas sociales es necesario realizar una breve revisión histórica a fin de comprender los escenarios en los que las mismas probablemente se desenvuelvan en los próximos años.

A comienzos del siglo XIX aparece el liberalismo. En ese período el estado se retira de la economía que era manejada por los políticos en la época del absolutismo. Este nuevo orden social corresponde a la etapa de gran expansión del capitalismo en Europa, que crea una inmensa masa de trabajadores industriales asalariados. Estos inician en el siglo XIX las primeras acciones de organización sindical que eran fundamentalmente defensivas, para resolver situaciones críticas como accidentes de trabajo, enfermedad y muerte.

Posteriormente estas organizaciones iniciales generaron los sindicatos cuyos objetivos de lucha fueron cada vez más amplios (salarios, condiciones y horarios de trabajo), conformando organizaciones y partidos políticos.

Las sucesivas etapas de expansión y crisis económica del capitalismo determinaron un crecimiento de las organizaciones sindicales y políticas obreras, que hacen su eclosión en la crisis mundial de 1929; en los países más importantes de Europa (Alemania e Inglaterra) las organizaciones de los trabajadores tenían programas revolucionarios que propagaban el cambio de sistema social.

Esta crisis profunda determina el fin del liberalismo, y luego del fascismo y su derrota se desarrollan en occidente los paradigmas de las políticas keynesianas, cuyo punto central es la activa intervención del Estado en la economía a través de la creación de empleo, el sostenimiento de la producción y la promoción de fuertes políticas sociales.

Este proceso atenúa la crisis económicas y favorece la expansión instaurándose un período de relativa paz social en la que los trabajadores modifican su proyecto político, dejan de ser revolucionarios y se desenvuelven dentro del sistema.

Este período tiende al pleno empleo y a una mejoría de las condiciones económicas y sociales de los trabajadores, fundada en una solidaridad social global, donde los sectores poderosos contri-

buyen a través de impuestos a las políticas sociales del Estado dirigidas a los pobres.

El sistema de salud inglés, el seguro de desempleo y la educación abierta y gratuita son ejemplos de este período.

A partir de 1970 este modelo comienza a tener problemas en su desarrollo económico. La producción disminuye, se instala la inflación, aumenta el desempleo y paulatinamente comienza a deteriorarse la base del sistema keynesiano.

La respuesta del sistema político se expresa en un retiro del Estado de la economía y la producción y un achicamiento de las políticas sociales.

En la Argentina, por ejemplo, se privatizan numerosas empresas, crece el desempleo y las políticas sociales se achican.

Reaparece el neoliberalismo pero a diferencia del liberalismo del siglo XIX este nuevo cambio acontece en el escenario de un proceso económico caracterizado por el quiebre de las barreras nacionales (globalización), la caída de los países socialistas y el desarrollo de nuevas ramas productivas (metalmeccánica, petroquímica, cibernética) que se fundan en el conocimiento especializado y requieren cada vez menos de mano de obra intensiva.

En el pasado la diferencia entre los que tenían empleo y los que estaban desempleados era pequeña, pero al presente los separa un creciente abismo de conocimiento; esta población más que desempleada, es población excedente en una sociedad que se paraliza en la concentración de la riqueza y el poder.

Estamos en un mundo de desigualdades crecientes y en el que cada vez es menos necesaria una fracción importante de la población mundial.

Esta sociedad esta perdiendo el concepto de integración y de la seguridad social.

En nuestro país decrece día a día el número de personas aseguradas y solo 4.5 millones entre los 14 millones de potenciales trabajadores hacen su aporte regular a la seguridad social.

En este marco los desafíos son inmensos ya que existe creciente expulsión, los niveles educativos históricos no garantizan el empleo y gran parte de la sociedad esta siendo marginada de la integración social. Las soluciones son complejas pero sin duda no corresponden a los viejos paradigmas.

Dr. Ginés González García:

La situación de la salud en nuestro país ha mostrado en los últimos 20 años un panorama de deterioro relativo. En efecto puede observarse que a pesar de que en los últimos años los indicadores económicos presentan un aumento importante del PBI, los indicadores sociales y en particular los materno infantiles han quedado retrasados; y esto acontece en un escenario en el que la Argentina no

es precisamente un país con gasto bajo en salud e insuficiencia recursos humanos profesionales. Por el contrario es el 1^{er} país en Latinoamérica en magnitud de la inversión en salud existiendo abundancia de profesionales bien formados; a su vez en el área materno infantil, se ha invertido en equipamiento, construcciones, programas y sin embargo, los resultados son malos.

Una primera explicación de estos resultados reside en que los mismos dependen parcialmente de los servicios de salud y éstos no pueden resolver problemas derivados de la pobreza, la distribución desigual del ingreso, la marginación y el desempleo, entre otros dilemas graves de nuestra sociedad.

Cuando se analiza el debate de salud que aparece en los diarios, que moviliza a los medios, uno advierte que la preocupación central pasa por la desregulación de las obras sociales y la puja de los sectores comerciales de la salud que quieren apropiarse de un sector de la seguridad social. Sin embargo, este debate sólo corresponde a un tercio de la población, el de mayores ingresos. En cambio, casi no hay debate sobre los otros dos tercios que son los que tienen más necesidades insatisfechas y no parece posible al presente, coordinar esfuerzos políticos para definir muy pocos objetivos estratégicos contundentes en salud, para ir resolviendo los grandes problemas sanitarios.

Esta incapacidad política global determina una parálisis en la que predominan los intereses sectoriales, la puja de poderes o jurisdicciones, la desarticulación de las acciones entre múltiples programas no coordinados o contrapuestos y una mayor dificultad para contrarrestar las fuerzas que se oponen a cambios progresivos y favorables.

En este sentido, si bien la autonomía federal posee elementos importantes de independencia en las decisiones y el reconocimiento de las especificidades en el plano de la salud, también limita el desarrollo de políticas fuertes y de consenso a nivel nacional.

Contrasta entonces la unidad política obtenida por las fuerzas políticas más importantes en los aspectos económicos, ya que se ha aceptado el modelo económico vigente, discutiéndose solo aspectos secundarios, con la falta de políticas consensuadas en salud por estas mismas fuerzas mayoritarias.

Es probable que para responder a las necesidades de la población materno-infantil las ideas provengan con mayor fuerza desde afuera del sistema de salud, a través de acciones sociales coordinadas, claras, homogéneas y articuladas en programas extensos y constantes, sin las interrupciones derivadas de los vaivenes políticos.

Este cambio se hace necesario, ya que las investigaciones que hemos hecho demuestran una creciente desigualdad en el nivel y calidad de aten-

ción que reciben los distintos sectores sociales según su ubicación socioeconómica. En este sentido aún dentro de los sectores sociales empobrecidos, en nuestro país reciben más los viejos que los jóvenes o los niños, a través de distintas formas de cobertura social.

Como ejemplo de las posibilidades de impulsar acciones sociales homogéneas y extensas, se encuentran los nuevos proyectos educativos. El énfasis puesto en la extensión de la formación obligatoria, se relaciona a las nuevas necesidades de formación de la comunidad. Sin embargo, si no se pueden articular propuestas de la misma naturaleza en salud, si las acciones se fragmentan y disocian en múltiples programas parciales, entonces nuestra sociedad agravará su crisis.

Si comparamos al presente el importante crecimiento de la productividad de la economía con la eficiencia de las instituciones públicas de salud, vemos que éstas se encuentran con serias deficiencias en su capacidad productiva y en la calidad de su gerenciamiento.

Es central volver a poner en el punto más importante a la epidemiología, como ciencia que permite analizar los problemas de salud de acuerdo a su prevalencia, a los factores ambientales, sociales y biológicos que los generan y que permite además medir el impacto de las acciones realizadas.

En nuestro país hemos olvidado la epidemiología y los programas se construyen obviando esta necesidad.

Finalmente es necesario que en la articulación de las nuevas políticas de salud se redefina el rol y las acciones del sector público, superando su poca eficiencia actual.

Este cambio es uno de los ejes centrales del consenso global necesario de las políticas de salud.

Dr. Guillermo Jaim Etcheverry:

En realidad, mi tema es la educación. En este sentido, hoy salgo entusiasmado porque parece que el tema está resuelto. Entonces, en vez de deprimirme por el tema educativo me deprimó por el tema salud. Creo que hay muy pocos elementos para enorgullecerse por lo que está pasando en la educación argentina.

Al presente se vive en nuestro país una profunda crisis educativa en medio de un proceso de opinión peculiar de la gente. En efecto, si bien 75% de los padres encuestados creen que la educación está mal, 84% de estos mismos padres piensan que están satisfechos con la educación que reciben sus hijos.

Es decir que la crisis se percibe como de otros, pero no de la propia familia.

Otro elemento de esta disociación se refiere al hecho de que si bien todos proclaman la creciente

importancia de la educación como motor del próximo siglo, la calidad de la misma sufre un constante y profundo deterioro, a pesar de un incremento en la cobertura.

En efecto, en diferentes estudios realizados en nuestro país con jóvenes entre 17 y 22 años se ha comprobado un gran descenso en el rendimiento: de 70% a 16% entre 1970 y 1995 para las áreas matemáticas y de lógica verbal.

Esta es una profunda crisis que nadie quiere reconocer en su real dimensión. En este sentido la afirmación del Dr. Ginés García respecto de las mejoras producidas en el problema educativo como una mayor extensión de la educación secundaria, no representan en realidad una mejoría, sino que por el contrario hay indicadores claros de deterioro.

La hegemonía del pensamiento económico dominante no se ha extendido totalmente al campo social y de la educación, de modo que existe aún un campo de discusión posible en esas áreas.

Uno de los peligros que veo en estos momentos es que todo el mundo se preocupara por la clonación. Yo digo que estoy preocupado por la clonación intelectual, en el sentido que todos estamos siendo llevados a pensar del mismo modo.

Estamos ante un enorme fenómeno de homogeneización cultural. En las sociedades de avanzada hay discusión y planteos de alternativas ante los modelos como el que estamos siguiendo nosotros; y creo que debiéramos tratar de reaccionar frente a este peligro de homogeneización cultural.

Veo con preocupación el futuro de las personas que trabajan en salud; me resisto a hablar de recurso humano; no creo que la persona que se dedique a la atención médica sea un recurso como un electrocardiógrafo; es una persona y me parece que debería tenerse en cuenta la preocupación de formar a la gente vinculada a la atención de la salud de otros, como personas capaces de advertir los peligros que encierra para esa relación el sistema en que interactúan.

Es cierto que no es fácil oponerse a tendencias dominantes, pero depende de nosotros no resignar la posibilidad de hacer. Peter Drake decía: "No podemos dirigir el viento pero por lo menos podemos ajustar las velas".

Dr. Carmuega:

Al analizar la situación de nuestra infancia quiero comentar que no sólo deben tenerse en cuenta los indicadores finales como la morbilidad y la mortalidad sino la calidad de vida global. En un estudio que realizamos en Tierra del Fuego, que tiene la menor mortalidad infantil del país, pudimos observar que el desarrollo de los niños de 2 y 5 años tenía fuerte vinculación con el estímulo familiar estimado por el cuidado brindado a estos niños y las interacciones culturales de los padres.

Estos hechos demuestran que hay mucho por avanzar no sólo en lo nutricional y el cuidado de la salud, sino fundamentalmente en crear condiciones en la educación dentro y fuera del hogar para que se exprese el potencial genético de nuestros niños.

Dr. Jaim Etcheverry:

En relación al problema de la formación de médicos creo que vivimos una crisis de falta de políticas. En primer lugar, se forma un exceso de médicos, ya que se requieren 1500 por año y estamos formando 4500. A pesar de ello, se abren nuevas facultades privadas carentes muchas de ellas de estructura, que requieren de hospitales públicos, que alquilan sus camas para que estas facultades puedan enseñar. Así pululan facultades que dan clases en colegios secundarios o galpones, en un sistema desquiciado, sin control y sin capacidades formativas reales. Estamos entonces en una situación de anarquía en la que por razones económicas proliferan facultades sin ninguna racionalidad ni calidad formativa, con el subproducto de generar más profesionales que no tendrán inserción laboral.

Lic. Pablo Vinocur:

Esta situación de divorcio entre la formación y las necesidades sociales se agrava además porque hacia el futuro disminuirán los requerimientos los de especialistas y las camas hospitalarias mientras que en realidad se favorece la formación de éstos y no la de médicos generales. Esto produce una gran frustración profesional y una grave desinversión social.

Dr. Ginés García:

La crisis de la formación también se vincula a la dificultad de actualizar el conocimiento, que crece a velocidades siderales, sin métodos adecuados para incorporarlo a los sujetos en formación. Además, a pesar de que mejoran los resultados deri-

vados de las buenas tecnologías, crece la insatisfacción de la población y de los profesionales.

Todos estos hechos determinan la necesidad de poner a la salud en uno de los centros del debate de la sociedad, cosa que logró la educación, pero que nuestro sector no es capaz de hacer. El debate no debe pasar por la inmediatez electoral sino que debe ser orientado a producir los acuerdos fundamentales para mejorar la eficiencia y la satisfacción de la población con el sistema de salud.

Dr. Jaim Etcheverry:

Clinton, hablando hace pocos meses frente a la Sociedad Médica Americana, dijo: algo anda mal en nuestro sistema de salud, cuando un médico pasa más tiempo con un contador que al lado de su paciente. Algo anda mal cuando hay que dedicar más horas a completar formularios que a revistas de sala; algo anda mal cuando no es el médico quien toma decisiones médicas; algo anda mal cuando esas decisiones médicas tienen en cuenta consideraciones diferentes al mejor interés del paciente; algo anda mal cuando el paciente no es informado de todas las opciones y no sólo de las más económicas; algo anda mal cuando se evita la consulta necesaria a un especialista; algo anda mal cuando se deja de lado el juramento hipocrático mediante el cual el médico se compromete a seguir el tratamiento que de acuerdo con su conocimiento, considera mejor para beneficiar al paciente; algo anda mal. Me parece que es una buena expresión de esa misma idea, ahora con autor conocido.

Para finalizar, creo también que una limitación importante reside en que las cosas que hoy hemos dicho y otras respecto de la crisis de la salud nos las decimos entre los integrantes del sistema, pero no hay participación de los políticos que deciden ni de la comunidad que elige sus objetivos y sus representantes. En este marco estrecho son pocas viables las soluciones futuras.