RID REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL
UNIVERSIDAD ISALUD

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NESTOR RODRIGUEZ CAMPOAMOR

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Especialización

Autora: Lesta, Miriam Ester

EL ENFOQUE DE RIESGO COMO MÉTODO DE TRABAJO EN TERRENO EN SALUD:

Aplicación en Lomas de Zamora, Pcia. De BsAs

2009

Citar como: Lesta, M. E. (2009). El enfoque de riesgo como método de trabajo en terreno en salud: aplicación en Lomas de Zamora, Pcia. De BsAs. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

CC BY NC ND

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL (RID ISALUD)

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NÉSTOR RODRÍGUEZ CAMPOAMOR
VENEZUELA 847, CABA.

ÍNDICE.

1- INTRODUCCIÓN.

2- MARCO CONCEPTUAL.

2.1-Atención Primaria de la Salud.

2.2- Enfoque de riesgo. Definición.

2.3- Enfoque de riesgo y equidad.

2.4- Enfoque de riesgo y mortalidad. Aportes de una experiencia chilena sobre la utilización del enfoque de riesgo.

3- EL CONTEXTO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

4- COMPONENTES DEL ENFOQUE DE RIESGO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD INFANTIL APLICADO EN EL MUNICIPIO DEL CONURBANO BONAERENSE SELECCIONADO.

4.1-Informe descriptivo de la mortalidad infantil ocurrida durante el año 2007.

4.2-Estrategia de intervención con enfoque de riesgo en los niños menores de un año internados por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB).

4.3-Estrategia de intervención con enfoque de riesgo en recién nacidos con algún tipo de vulnerabilidad.

4.4-Resultados obtenidos de la implementación de las dos estrategias con enfoque de riesgo.

4.5-Modificación de los indicadores sanitarios.

5- CONCLUSIONES.

6- BIBLIOGRAFÍA.

1- INTRODUCCIÓN.

Este trabajo tiene por objetivo describir como la utilización del enfoque de riesgo en una Dirección Materno Infantil Municipal es una herramienta de atención y gestión de la salud infantil válida que permite mejorar la calidad de la atención primaria de la salud y obtener mejores resultados en los indicadores sanitarios.

El Municipio seleccionado para este trabajo pertenece al Segundo Cordón del Conurbano Bonaerense, tiene una población aproximada de 900.000 habitantes, su superficie es de 8.900ha., equivalente al 2,4 % de la extensión de los partidos que configuran el Gran Buenos Aires. El 100% de su población es urbana.

En el año 2007 la Dirección Materno Infantil Municipal se encuentra con la grave situación de haber aumentado su Tasa de Mortalidad Infantil (T.M.I.) de 13%0 en el 2006 a 15,9 %o en el 2007, lo que la lleva a replantearse estrategias de intervención que permitan mejorar este indicador. Esto sucede dentro de un marco general de aumento de la mortalidad infantil, ya que la T.M.I. de la Región Sanitaria a la que pertenece este municipio durante el año 2007 fue de 14,3%0 (Aumentó 1,3 puntos en relación al 2006) y la T.M.I. de la Provincia de Buenos Aires en el 2007 fue de 13,5%0 (Aumentó un punto con respecto al año anterior).

Un sistema de salud basado en A.P.S. es un sistema amplio para la organización y gestión de sistemas de salud, que tiene por objetivo alcanzar el nivel más alto de salud posible, maximizando la equidad y la solidaridad.

La reorganización de los sistemas de salud hacia la A.P.S. requiere un reajuste de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención (con asignación de funciones a cada nivel de gobierno, integración de los servicios de salud pública, desarrollo de una orientación hacia las familias y comunidades, el uso de datos consistentes en la planificación y la toma de decisiones).

La relevancia de la utilización del "enfoque de riesgo" para rediseñar los modelos de atención, dentro de la Atención Primaria de la Salud, es que responde a las necesidades de los servicios de salud en relación a la accesibilidad y a la oferta-demanda; da respuesta a los requerimientos de la comunidad en cuanto a la salud de sus niños, además mejora la relación entre el costo y la efectividad en salud y fundamentalmente hace al sistema más equitativo.

La búsqueda de equidad es un objetivo central de muchos sistemas de salud en la actualidad y representa un desafío que se extiende más allá del sector salud. En la

distribución inequitativa de los bienes y oportunidades de salud y en las posibilidades de utilización de los servicios de salud se evidencia la existencia de grupos de personas que se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. La exclusión en salud representa la negación del derecho a la salud para estas personas.

En el marco de la equidad en salud debe tenerse en cuenta que la segmentación de nuestro sistema de salud genera exclusión porque impone condiciones de acceso solo posibles de ser satisfechas por los grupos sociales más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico por su capacidad de pago.

.La segmentación de los sistemas de salud refleja los patrones de segmentación social de las sociedades donde se insertan y constituye un potente freno al ejercicio del derecho a la salud y al logro de mejores resultados de salud.

Por todo lo anteriormente hablado es que se considera al "enfoque de riesgo" como una importante estrategia de intervención en salud para disminuir la inequidad.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros.

Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc., las que reunidas confieren un "riesgo" particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro.

"Riesgo en salud" se define como una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño que afecte la salud.

Si bien las políticas en salud deben ser universales y garantizar a todos los niños por igual el derecho a la salud, en algunos casos como surge del estudio de las causas de mortalidad infantil reducibles, se deben identificar determinantes y actuar enfocados a poblaciones con riesgo.

La toma de decisiones en el sistema de salud ya sea frente al paciente en forma individual como en cuanto a una política sanitaria es permanente y muy compleja porque está influenciada por un medioambiente cambiante, con factores de origen político, ideológico, económico, ético, técnico, legal, etc.

Cuando se definen entonces "enfoques de riesgo" o "scores de riesgo" para problemas de salud prevalentes en la infancia, todos estos factores deberán ser tenidos en cuenta.

En este trabajo se tomará como experiencia de referencia, a la ejecutada exitosamente por Chile en relación a intentar reducir la mortalidad infantil por causas evitables como las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) con la aplicación del enfoque de riesgo. Si bien en el año 2005, tomando como base la experiencia chilena, el Programa Materno Infantil Nacional y Provincial incluyeron los factores de riesgo de morir por neumonía en el algoritmo de decisión diagnóstica para internación de las IRAB, no se trabajó en el seguimiento y monitoreo de los niños con riesgo.

Este trabajo hace referencia a como este Municipio ante una situación de la salud infantil adversa decide intervenir con la implementación de dos estrategias con enfoque de riesgo:

1- Referencia- contrarreferencia de los egresos hospitalarios de niños menores de un año internados por Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) de 5 Hospitales de Alta Complejidad Pediátrica y con todos los Hospitales de la Región Sanitaria a la cual pertenece.
2- Monitoreo de la atención de los recién nacidos de riesgo nacidos en uno de los hospitales locales (Hospital Provincial "Luisa C. de Gandulfo").

Estas estrategias contemplan varios aspectos claves que hacen al mejor funcionamiento de un sistema de salud infantil, y ellos son:

- Pone en marcha un sistema de red institucional a través del mecanismo de referencia- contrarreferencia de pacientes y fortalece la construcción de un campo interdisciplinario de trabajo.
- Fomenta la inclusión del niño y su familia en el sistema de salud y su seguimiento a lo largo del tiempo.
- A través del contacto directo del equipo de salud con el niño y su familia por medio de la visita domiciliaria, se inicia el proceso de promoción de la salud y se estimula la participación comunitaria.
- Impulsa el funcionamiento de redes intersectoriales que si bien es uno de los aspectos más complejos de alcanzar, es el de mayor proyección en el momento de considerar su impacto.

En función de lo previamente escrito el objetivo de este trabajo es:

OBJETIVO GENERAL.

Describir los resultados de la aplicación del enfoque de riesgo como herramienta de atención y gestión de la salud infantil en un Municipio del Conurbano Bonaerense durante el año 2008.

Siendo los objetivos específicos los siguientes:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los componentes de los enfoques de riesgo utilizados por la Dirección Materno Infantil Municipal.

- Describir cuales fueron los determinantes en la elaboración de dichos enfoques de riesgo.

- Describir la forma de implementación de las estrategias de enfoque de riesgo utilizadas.

Relacionar la utilización del enfoque de riesgo en pediatría con los resultados obtenidos en los indicadores sanitarios.

Como se presentó, el "enfoque de riesgo" es un método clínico- epidemiológico que se emplea para medir la necesidad de grupos específicos, ayuda a determinar prioridades de salud mediante las cuales los servicios de salud pública planifican y ejecutan sus acciones y no es igualitario porque discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.
Este trabajo pretende describir como la utilización del enfoque de riesgo en pediatría es una herramienta de atención y gestión sumamente valiosa en la atención de la salud infantil.

2- MARCO CONCEPTUAL.

2.1- Atención Primaria de la Salud.

En 1978, la Declaración de Alma Ata constituyó una fuerte recomendación a los Estados para revisar sus políticas sanitarias a la luz de una nueva manera de entender el cuidado de la salud.

Esta Declaración definió a la Atención Primaria de la Salud como "la asistencia esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

La Atención Primaria de la Salud puede ser analizada desde distintas perspectivas:

Atención Primaria de la Salud entendida como un conjunto de actividades.

Atención Primaria de la Salud entendida como un nivel de asistencia.

Atención Primaria de la Salud entendida como una estrategia.

Torres, Siede (2001) afirman que esta última perspectiva es la más completa y la que debe establecerse como la principal. Aseguran que "entender a la Atención Primaria de la Salud como estrategia significa en términos prácticos que un sistema de salud debe constituirse y funcionar basado en ella. Significa además que cada componente del sistema conoce a los otros, sus funciones y las vías de comunicación y circulación de los pacientes. Desde esta perspectiva ningún nivel de atención es más importante que el otro y cada uno de ellos tiene un rol que jugar para la prevención, curación o rehabilitación de los problemas de salud de la comunidad".

La Organización Panamericana de la Salud/ OMS (2005) en su Documento de Posición sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas dice que existen diversas razones para justificar una renovación de la APS; entre ellas se incluyen nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir: la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para incrementar la efectividad; y el reconocimiento creciente que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Las

experiencias exitosas en APS demuestran que son necesarios los enfoques sistémicos amplios de modo que la renovación de la APS debe poner más atención en los enfoques basados en la evidencia para lograr la atención universal, integrada e integral.

2.2- Enfoque de riesgo. Definición.

El enfoque de riesgo, conforme a su definición como categoría por la Organización Mundial de la Salud (2001) es:

* "El método clínico-epidemiológico de abordaje del riesgo, los factores de riesgo y la condición de riesgo individual o colectiva, mediante el cual los servicios de salud pública planifican y ejecutan las acciones pertinentes para modificarlos o eliminarlos en las personas, familias y comunidades". El riesgo es la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, complicación de la misma o de muerte.

- Los factores de riesgo son características inherentes o no al hombre y su entorno que incrementan la posibilidad de sufrir una enfermedad o desviación de la salud.
- Condición de riesgo: Categoría que infiere daño o enfermedad preestablecida o por incidir en individuos con una predisposición determinada, o que están influidos directamente por factores condicionantes que solos o interactuando, posibilitan la instauración de desviaciones de la salud en el contexto bio-psicosocial de su vida. Determinante biosocial de salud que condicionaba la supervivencia o el logro de una calidad de vida aceptable. Incide directamente en la posibilidad real o no, de crecer y desarrollarse como otros niños, en dependencia de que se les atienda con la dedicación requerida y de forma sistemática.
- El abordaje del riesgo, como condición, dirige la atención hacia el niño como un todo y no solo hacia la causa mórbida de base.
- Con ello el personal de salud evalúa e identifica problemas o signos de enfermedad, garantiza el rápido diagnóstico de los signos de agravamiento y que no haya demora en el tratamiento y en el subsistema de referencia-contrarreferencia.

- Incluye un fuerte componente de educación para la salud destinado a fortalecer la capacidad de cuidar adecuadamente al niño acorde a su tipo o condición de riesgo, administrar el tratamiento necesario y a prevenir desencadenantes y factores de riesgo de enfermedad futura.

El abordaje clínico-epidemiológico, sustentado en el enfoque de riesgo, incluye en una perspectiva integrada al individuo, la familia, la comunidad, y a los micro ambientes del hogar, escuela y otros entornos de desarrollo del niño, que constituyen ámbitos sobre los cuales trabajar en función de los problemas de salud percibidos como prioritarios.

2.3- Enfoque de riesgo y equidad.

Para referirse a la relación existente entre equidad y enfoque de riesgo se hace mención a lo expuesto por Acuña (2005) perteneciente al Área de Desarrollo Estratégico de la Salud en OPS-OMS, en su informe "Exclusión, protección social y derecho a la salud" donde dice: "desde el punto de vista ético la distribución equitativa de los bienes, servicios y oportunidades de salud se inscribe en el marco de la teoría de la justicia de Rawls (1971), que plantea que todos los bienes sociales primarios- libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, y las bases del autorrespeto- deben ser distribuidos igualmente a menos que la distribución desigual de uno o todos de esos bienes favorezca a los menos privilegiados. El segundo principio de la teoría de la justicia de Rawls establece que los bienes sociales y económicos deben ser organizados para el máximo beneficio de los más desventajados.
Debido a que no es posible que las personas accedan de manera igualitaria a los bienes sociales primarios si se encuentran inhabilitadas por malas condiciones de salud, entonces se debe asegurar que los más desventajados accedan de manera privilegiada a los bienes, servicios y oportunidades de salud. Este razonamiento determina las dos dimensiones de equidad: que los individuos con iguales necesidades de salud, tengan iguales oportunidades de acceder a los mecanismos de satisfacción de esas necesidades (equidad horizontal) y que aquellas personas con necesidades de salud diferentes, tengan a su vez oportunidades diferentes de acceso a la satisfacción de las necesidades de salud (equidad vertical)".
En la Carta de Otawa (1986) se menciona a la promoción de la salud como central para alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el

estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud.

2.4- Enfoque de riesgo y mortalidad.

Busso (2001) en su artículo "Los nuevos desafíos de la mortalidad infantil" dice:
"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".

- La mortalidad infantil y del menor de cinco años se definen como el resultado concreto de las acciones médico-sociales y del desarrollo económico, que reflejan el nivel alcanzado en salud materno-infantil y pediátrica.
- Evidencian el grado de reproducción social de un territorio o país determinado.
- Expresan el nivel de desarrollo en salud reproductiva y la relación existente entre el hombre y la naturaleza, y entre los propios hombres en lo relacionado con la salud.
- Riesgo en la población infantil y mortalidad son proporcionales.

Aportes de una experiencia chilena sobre la utilización del enfoque de riesgo:

Se relatará una experiencia que relaciona la implementación del enfoque de riesgo con el logro de mejoras en un indicador sanitario sumamente relevante como lo es la mortalidad infantil de un país. Para este trabajo se tomará una experiencia llevada adelante en Chile.

A partir del estudio de la mortalidad infantil Chile adopta medidas con enfoque de riesgo que dan excelentes resultados epidemiológicos. Gilardi; Asturdillo (2001) en su trabajo "El Programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) en Chile: hitos e historia" relatan de la siguiente manera su experiencia con la implementación del enfoque de riesgo y los indicadores sanitarios del país: ..."Los indicadores de salud en Chile han logrado ocupar un lugar de privilegio en Latinoamérica a partir de la segunda mitad del siglo XX. Esto ha sido posible gracias a la mejoría de las condiciones de vida, al control de la desnutrición y de algunas epidemias; pero, sobre todo, a la creación de un sistema de salud con fuertes orientaciones iniciales en la prevención y el trabajo comunitario. En este contexto, las tasas de mortalidad infantil han presentado, en las últimas décadas, un importante descenso, con franco desplazamiento de la malnutrición y los síndromes diarreicos, primeras causas de muerte en los comienzos del siglo, hacia otras entidades .Ya en 1982 comienza a observarse un sostenido e inesperado incremento proporcional en la tasa de mortalidad infantil por neumonía en contraste con la tasa general (tasa de mortalidad infantil por todas las causas) que persistía con tendencia a la baja. Entre 1986-87 se inició el estudio de Mortalidad por Neumonía en menores de 1 año en nuestra área[1], en el cual no solo se realizó autopsia a todos los fallecidos por esta causa en los hospitales, sino también a todos los fallecidos en domicilio, además de una "autopsia oral" a los familiares un mes después de ocurrido el deceso. De este estudio emanó la evidencia de que de todos los niños fallecidos en domicilio, en 80% la causa de muerte correspondía a neumonía y no broncoaspiración"... ..."Otros resultados importantes de este trabajo revelaron que 60% de los niños fallecidos por neumonía en nuestra área lo hacían en domicilio, hallazgo insospechado hasta ese momento; que 92% de los niños fallecidos en domicilio eran menores de 6 meses, que más del 60% eran menores de 3 meses y 60% varones. En solo un tercio de ellos, la madre consultó oportunamente, en otro tercio 5 días antes por una IRA y no volvió a consultar y en el tercio restante, la madre nunca consultó[1]. El estudio de factores de riesgo en estos niños reveló presencia de malformación congénita de un órgano vital o parálisis cerebral, bajo peso al nacer, desnutrición, síndrome bronquial obstructivo recurrente, hospitalización anterior (70% de los casos por síndrome bronquial obstructivo (SBO) y neumonía), lactancia materna insuficiente, madre adolescente, baja escolaridad de la madre y tabaquismo materno. A partir de estos factores se calculó el riesgo relativo y, al multiplicarlo por un

logaritmo, se obtuvo un puntaje de riesgo de muerte por neumonía en menores de un año (tablas 1 y 2)".

Tabla1

Mortalidad por neumonía. Factores de riesgo (Chile 2001).

Factor de riesgo	% en fallecidos	% en población general
Malformaciones congénitas	16,8	0,2
PN < 2 500 g	24,6	7,2
Desnutrición	32,8	3,9
SBOR	16,4	6,0
Hosp. anterior	41,0	4,5
Madre adolescente	31,1	12,4
Educ. Básica o <	86,9	44,4
Tab. Materno	90,2	39,0
Lact. Mat. Insuf.	61,0	27,6

Fuente: Girardi G., Abara S., Santa Cruz P.(200!)

Tabla2

Puntaje de riesgo de morir por neumonía (Chile 2001).

Factor de riesgo	RR (p1/p2)	LogRR	Puntaje
Malformación congénita	225,7	2,30	11
Tabaquismo materno	16,4	1,21	6
Hospitalización anterior	14,7	1,17	6

Desnutrición	12,0	1,08	5
Baja escolaridad	8,3	0,68	4
Bajo peso de nacimiento	4,2	0,62	3
Lactancia materna insuficiente	4,1	0,61	3
Madre adolescente	3,2	0,50	2
SBOR	3,1	0,49	2

RR: Riesgo relativo log RR: logaritmo en base 10 de RR Puntaje= log R/ 0,2 Fuente: Abara S , Girardi G.(2001)

..."A partir de todos estos antecedentes, surgió la inquietud de elaborar un programa de manejo de las IRA, acorde a nuestra problemática y basado en nuestra experiencia e investigaciones. Debido a todos los factores implicados, este programa debía, necesariamente, ser de carácter multisectorial e interdisciplinario, lo cual se insertaba adecuadamente dentro de las nuevas estrategias sanitarias El objetivo principal de la creación de este programa fue disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas. Los objetivos específicos eran reducir la mortalidad por neumonía en menores de 1 año (con énfasis en la disminución de la mortalidad domiciliaria), disminuir las hospitalizaciones por SBO, reducir el uso de fármacos inapropiados (en especial el uso irracional de antibióticos) y, en último término, pero no menos importante, dignificar el nivel primario de atención, reconociendo la importancia de su labor. Para cumplir los objetivos descritos se diseñaron diversas estrategias de acción, en distintos frentes. En primer lugar, focalización de la atención y de la educación, aplicando el puntaje de riesgo de morir por neumonía (tabla 2) a toda madre consultante desde el control prenatal, del recién nacido y en adelante".

3- EL CONTEXTO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) junto a UNICEF (2009) en su publicación "Salud materno –infanto - juvenil en cifras 2009" dan cuenta de indicadores de salud

actualizados, que se corresponden con algunos de los factores de riesgo considerados como fundamentales en los enfoques de riesgo. Ramonet (2009) en el prólogo de dicha publicación dice:... "Hace ya seis años decíamos que "la llegada del siglo XXI no ha sido acompañada por el bienestar que esperábamos", evidenciando el fracaso de la propuesta "Salud para todos en el año 2000"..."El ingreso al Tercer Milenio generó nuevas estrategias, la identificación de nuevos factores de riesgo (pobreza, energía, agua, alimento, cambios climáticos, promoción de conductas y ambientes saludables, sustentabilidad, biodiversidad, reorientación de los servicios de APS) condicionantes en muchos casos de enfermedades sociales (violencia, adicciones, accidentes) y enfermedades emergentes y re- emergentes, y preservación del modelo médico hegemónico, direccionando aquellas al posicionamiento de la promoción y fomento de la salud y a la equidad y la justicia social, como ejes de la atención de la salud"..." Los indicadores de salud aquí actualizados muestran con elocuencia la tendencia del estado actual en salud materno- infanto- juvenil y facilitan la elaboración de estrategias de intervenciones preventivas o correctivas"...."El desarrollo de originales estrategias de prevención e intervenciones en salud basados prioritariamente en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y la reformulación de la APS, con ejes sustantivos en la equidad y la justicia social, serán los nuevos caminos a recorrer por la SAP:" Por un niño sano en un mundo mejor".

Se transcriben algunas de las tablas publicadas por la SAP y UNICEF (2009) para ubicar en que contexto se pretende introducir las estrategias con enfoque de riesgo:

Tabla 3. **Población total y menor de 5 años, por jurisdicciones.**
Estimada al 30-6-2007, República Argentina

PROVINCIAS	2007 TOTAL	2007 0 – 4 años	2001 %	2007 %
Total del país	**39.356.383**	**3.354.118**	**8,6%**	**8,5 %**
Ciu. Aut. Buenos Aires	3.034.161	200.035	6,6%	6,6 %
Buenos Aires	**14.917.940**	**1.206.950**	**8,2 %**	**8,1 %**
Catamarca	380.612	41.327	11,0 %	10,9 %
Córdoba	3.311.280	244.834	7,6%	7,4 %
Corrientes	1.002.416	99.877	10,1 %	10,0 %

Chaco	1.042.881	103.372	10,0 %	9,9 %
Chubut	455.607	41.053	9,1 %	9,0 %
Entre Ríos	1.242.547	112.129	9,1 %	9,0 %
Formosa	532.238	56.952	10,7 %	10,7 %
Jujuy	670.766	70.059	10,5 %	10,4 %
La Pampa	329.576	26.645	8,1 %	8,1 %
La Rioja	334.235	30.983	9,4 %	9,3 %
Mendoza	1.711.416	153.600	8,9 %	9,0 %
Misiones	1.061.590	122.208	11,7 %	11,5 %
Neuquén	538.952	48.457	9,2 %	9,2 %
Río Negro	594.189	52.722	9,0%	8,9 %
Salta	1.202.753	133.296	11,2 %	11,1 %
San Juan	685.883	68.268	10,1 %	10,0 %
San Luis	428.025	43.240	10,2 %	10,1 %
Santa Cruz	221.871	21.521	9,8 %	9,7 %
Santa Fe	3.220.818	249.796	7,8 %	7,8 %
Santiago del Estero	856.739	76.692	9,4 %	9,0 %
Tucumán	1.457.357	136.228	9,6 %	9,3 %
Tierra del Fuego	122.531	11.974	9,8 %	9,8 %

Fuente: *Estadísticas Vitales. Información básica 2007. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Diciembre de 2008.*

En esta tabla se compara provincia por provincia la población de menores de 5 años de 2007 con el mismo grupo en 2001, observando una leve pero constante disminución a lo largo del tiempo. Esta tendencia, más notable en países desarrollados, se evidencia en el cambio de la pirámide poblacional a nivel mundial y es uno de los factores a tener en cuenta para el futuro económico de los países y particularmente en la planificación en salud.

Tabla 4. **Evolución del porcentaje de total población y niños y niñas menores de 18 años bajo la línea de pobreza e indigencia.**

Total población urbana República Argentina	2do.semestre 2003		2do. Semestre 2006	
	% de población		% de niños y niñas	
	bajo la línea de pobreza	bajo la línea de indigencia	bajo la línea de pobreza	bajo la línea de indigencia
Segundo semestre 2003	49,6	21,4	65,4	31,2
Primer semestre 2004	47,0	18,7	62,7	28,2
Segundo semestre 2004	40,2	15,0	56,0	23,4
Primer semestre 2005	37,8	13,3	58,2	23,7
Segundo semestre 2005	33,8	12,2	49,5	20,3
Primer semestre 2006	31,4	11,2	46,3	18,4
Segundo semestre 2006	26,9	8,7	40,9	14,3

Fuente: *UNICEF en base a datos del 2º semestre 2003 a 2º semestre 2006, EPH/*

% de población % de niños y niñas

Se puede apreciar en el cuadro los altísimos niveles de pobreza e indigencia alcanzados en el país, post-crisis devaluatoria 2001, y en donde los niños y niñas se ven como los más afectados por esta situación.

Sin embargo, la situación ha tendido a disminuir paulatinamente desde el II semestre 2003, disminuyendo aproximadamente 10%, aunque en la población infanto-juvenil, dicha disminución se ha desacelerado en el último semestre. Lo más grave de la situación es que sigue siendo muy amplia la proporción de niñas y niños en situación de pobreza e indigencia.

Tabla 5. **Cantidad de recién nacidos vivos de madres menores de 15 y entre 15 y 19 años. Proporción de recién nacidos vivos de madres menores de 20 años por jurisdicción de residencia materna.**

República Argentina, 2007

Jurisdicción de residencia materna	Edad de la madre				
	TOTAL	Menor de 15	De 15 a 19	Total	%
República Argentina	**700.792**	**2.841**	**106.720**	**109.561**	**15,6 %**
Ciud. Aut. de Buenos Aires	42.737	56	3.036	3.092	7,2 %
Buenos Aires	**263.343**	**449**	**35.350**	**35.799**	**13,6 %**
Partidos del Aglom. GBA	185.339	287	24.617	24.904	13,4 %
Catamarca	6.969	54	1.288	1.342	19,3 %
Córdoba	53.963	180	7.808	7.988	14,8 %
Corrientes	18.982	135	3.738	3.873	20,4 %
Chaco	19.173	251	4.437	4.688	24,5 %
Chubut	9.213	30	1.567	1.597	17,3 %
Entre Ríos	20.985	127	3.790	3.917	18,7 %
Formosa	11.241	131	2.373	2.504	22,3 %
Jujuy	12.469	43	2.144	2.187	17,5 %
La Pampa	5.336	20	1.023	1.043	19,5 %
La Rioja	6.138	35	1.044	1.079	17,6 %
Mendoza	33.000	110	5.051	5.161	15,6 %
Misiones	21.639	214	4.433	4.647	21,5 %
Neuquén	11.022	61	7.879	1.940	17,6 %
Río Negro	11.214	64	2.011	2.075	18,5 %
Salta	24.808	111	3.973	4.084	16,5%
San Juan	14.254	43	2.058	2.101	14,7 %
San Luis	8.265	25	1.223	1.248	15,1 %
Santa Cruz	5.276	11	885	896	17,0 %
Santa Fe	50.644	401	9.036	9.437	18,6 %
Santiago del Estero	16.634	137	3.174	3.311	19,9 %
Tucumán	28.765	140	4.729	4.869	16,9 %

Tierra del Fuego	2.551	5	382	387	15,2%

Fuente: *Estadísticas Vitales. Información básica 2007. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Diciembre de 2008.*

Como se puede observar en este cuadro, esta proporción es mayor en aquellas provincias con dificultades económicas y educativas. Se ha incluído las cantidades de madres menores de 15 años para que la información esté fácilmente accesible.

Tabla 6. **Distribución proporcional de recién nacidos vivos por jurisdicción de residencia materna según nivel de instrucción de la madre (analfabetas o primaria incompleta). República Argentina, 2007**

Jurisdicción de residencia de la madre	Porcentaje de madres analfabetas o con primaria incompleta
REPUBLICA ARGENTINA	**9,5**
Ciud. Aut. de Buenos Aires	2,2
Buenos Aires	**5,8**
Partidos del Aglom. GBA	**5,4**
Catamarca	7,6
Córdoba	4,1
Corrientes	20,8
Chaco	26,6
Chubut	9,6
Entre Ríos	12,4
Formosa	20,0
Jujuy	8,9
La Pampa	8,1
La Rioja	4,3
Mendoza	9,9
Misiones	50,4
Neuquén	4,9

Río Negro	4,9
Salta	14,5
San Juan	7,7
San Luis	8,7
Santa Cruz	7,3
Santa Fe	8,7
Santiago del Estero	18,8
Tucumán	8,9
Tierra del Fuego	2,1

Fuente: *Estadísticas Vitales. Información básica 2007.*
Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de
Salud y Ambiente de la Nación. Diciembre de 2008

Es notable y altamente preocupante la diferencia que existe entre las distintas jurisdicciones.

Tabla 7 **Proporción de recién nacidos vivos con peso menor de 2500grs. Por jurisdicción de residencia materna.**
República Argentina, 2001–2004-2007

Jurisdicción	**Años**		
	2001	**2004**	**2007**
REPUBLICAARGENTINA	**7,4**	**7,6**	**7,2**
Ciud. Aut. de Buenos Aires	7,7	7,5	7,2
Buenos Aires	**7,8**	**8,0**	**7,5**
Partidos del Aglom. GBA	**8,0**	**8,3**	**7,6**
Catamarca	6,7	6,8	6,8
Córdoba	7,1	7,2	7,0
Corrientes	7,8	7,7	7,6
Chaco	7,5	7,6	7,4
Chubut	6,7	6.0	5,9
Entre Ríos	7,1	7,5	7,5
Formosa	7,6	7,7	7,5
Jujuy	6,3	6,7	6,0
La Pampa	5,6	7,5	6,4
La Rioja	7,9	7,4	7,0
Mendoza	6,9	7,6	6,8

Misiones	6,8	7,2	6,1
Neuquén	7,1	6,8	6,6
Río Negro	7,2	7,1	6,5
Salta	6,5	6,9	7,0
San Juan	7,7	7,5	6,6
San Luis	7,2	8,0	7,6
Santa Cruz	6,8	6,5	6,3
Santa Fe	7,3	7,3	7,3
Santiago del Estero	6,6	7,0	6,5
Tucumán	7,0	7,4	7,6
Tierra del Fuego	5,3	5,8	6,6

Fuente: *Estadísticas Vitales. Información básica 2007.*
Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de
Salud y Ambiente de la Nación. Diciembre de 2008 y ediciones anteriores.

Según estas cifras, la proporción de RN nacidos con peso menor a 2.500 g ha permanecido estable y con una leve tendencia descendente en la mayoría de las jurisdicciones. Este es un dato a ser tenido en cuenta al hacer el balance de la incidencia de las crisis en los últimos años y comparar la incidencia que tiene la cantidad de RN de bajo peso en el aumento de la mortalidad neonatal.

4- COMPONENTES DEL ENFOQUE DE RIESGO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD INFANTIL APLICADO EN EL MUNICIPIO DEL CONURBANO BONAERENSE SELECCIONADO.

En La Dirección Materno Infantil de este Municipio se desempeña una Comisión de Vigilancia Epidemiológica de la Morbi- Mortalidad Materno Fetal Infantil desde el año 2005, teniendo marco legal a través de la Ordenanza Municipal Nº 11996 creada el día 23/07/2008, es a esta Comisión a quien se le encarga la tarea de monitorear el desarrollo de las dos estrategias con enfoque de riesgo para responder a la problemática del aumento de la mortalidad infantil en el Municipio, como se planteó con anterioridad.

4.1-El Comité de Vigilancia Epidemiológica de la Morbi- Mortalidad Materno Fetal Infantil presenta un informe descriptivo de la mortalidad infantil ocurrida durante el año 2007.

Definiciones que permiten comprender el informe:

Tasa de mortalidad infantil: relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año, en la población de un área geográfica dada durante un año y el número de recién nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.

Tasa de mortalidad neonatal: forma parte de la mortalidad infantil, relaciona el número de niños fallecidos antes de los 28 días de vida extrauterina, en la población de un área geográfica dada durante un año y el número de nacidos vivos en el mismo período de tiempo.

Tasa de mortalidad neonatal precoz: forma parte de la mortalidad neonatal, relaciona el número de niños fallecidos antes de los 7 días de vida extrauterina, en la población de un área geográfica dada durante un año y el número de recién nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo.

Tasa de mortalidad neonatal tardía: forma parte de la mortalidad neonatal, relaciona el número de niños fallecidos entre los 7 días y antes de los 28 días de vida extrauterina, en la población de un área geográfica dada durante un año y el número de recién nacidos vivos en el mismo período.

Tasa de mortalidad post- neonatal: relaciona el número de niños fallecidos entre los 28 días y los 365 días de vida extrauterina, en la población de un área geográfica dada durante un año y el número de recién nacidos vivos en el mismo período.

El informe fue el siguiente:

El número total de defunciones en niños menores de 1 año durante el año 2007 fue de 177 casos, y el número de recién nacidos vivos de dicho año fue de 11.100,

lo que da una TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (T.M.I.) del 15,9 ‰ R.N. vivos.

La distribución de la mortalidad infantil POR EDAD DE FALLECIMIENTO fue la siguiente:

Tabla 8.

Edad de fallecimiento	Nº de casos	%
NEONATAL	104	58,76
POST-NEONATAL	73	41,24
Total	177	100 %

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal –infantil Municipal (2007).*

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL: 9,3 ‰ RN VIVOS

TASA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL: 6,5 ‰ RN VIVOS

Gráfico de Tabla 8.

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia epidemiológica de la morbi-mortalidad materno-fetal-infantil Municipal (2007).*

Como puede observarse la mortalidad neonatal (llamándose así a aquella ocurrida antes de los 28 días de vida) lleva el mayor porcentaje de la mortalidad infantil.

La distribución disgregada de la mortalidad infantil POR EDAD DE FALLECIMIENTO fue la siguiente:

Tabla 9.

Edad de fallecimiento	Nº de casos	%
NEONATAL PRECOZ	72	40,70
NEONATAL TARDÍA	32	18,06
POST-NEONATAL	73	41,24
Total	177	100

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia epidemiológica de la morbi – mortalidad materno- fetal- infantil Municipal (2007.)*

Gráfico de Tabla 9.

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia epidemiológica de la morbi- mortalidad materno-fetal-infantil Municipal (2007).*

Al disgregar la mortalidad neonatal puede observarse que el mayor porcentaje de la misma se concentra en la mortalidad neonatal precoz (o sea aquella ocurrida antes de los 7 días de vida).

La distribución de la MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN CAUSA DE MUERTE fue:

Tabla 10.

Causas de mortalidad neonatal	**Nº de casos**	**%**
Prematurez	**45**	**43,27**
Malformaciones congénitas	13	12,50
Sepsis	11	10,58
Cardiopatías congénitas	4	3,85
I.R.A.	6	5,77
Muerte súbita	2	1,93
Ad Referendum de pericias	5	4,80
Otras causas	18	17,30
TOTAL	104	100

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal-infantil Municipal (2007).*

Grafico de Tabla 10.

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia epidemiológica de la morbi- mortalidad materno-fetal-infantil (2007).*

Según puede observarse de los datos de esta tabla la "prematurez" es causa de más del 43% de las muertes de niños menores de 28 días, por lo cual es un problema de salud que debe ser tenido en cuenta cuando se pretende realizar intervenciones con enfoque de riesgo.

La distribución de la MORTALIDAD POST-NEONATAL SEGÚN CAUSA DE MUERTE fue la siguiente:

Tabla 11.

Causas de mortalidad postneonatal	**Nº de casos**	**%**
Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.)	**14**	**19,18**
Sepsis	13	17,81
Prematurez	12	16,44
Muerte súbita	6	8,22
Malformaciones congénitas	5	6.85
Meningoencefalitis	1	1,37
Ad referendum de pericias	15	20,55
Mal definidas	1	1,36
Otras causas	6	8,22
TOTAL	73	100 %

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil Municipal (2007).*

Gráfico de Tabla 11.

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno-fetal- infantil (2007).*

Puede observarse en los datos que anteceden que a pesar de la existencia del Programa Nacional (2003) y Provincial (2004) de Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas, ésta sigue siendo una causa de muerte importante en niños de 28 días al año de vida.

La distribución de la MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN CRITERIOS DE REDUCIBILIDAD fue:

Tabla 12.

Criterios de reducibilidad neonatal	**Nº de casos**	**%**
Reducible por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del embarazo	**43**	**41,35**
Reducible por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del parto	6	5,77
Reducible por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del recién nacido	22	21,15
Otros reducibles	1	0,96
Difícilmente reducibles	26	25,00
Otras causas	6	5,77
TOTAL	104	100 %

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal-infantil Municipal (2007).*

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal-infantil Municipal (2007).*

Cabe destacar de estos datos que la "prematurez" es la principal causa de muerte neonatal considerada "reducible o evitable" por prevención, diagnóstico y tratamiento en el embarazo.

La distribución de la MORTALIDAD POST-NEONATAL SEGÚN CRITERIOS DE REDUCIBILIDAD se presentó de la siguiente manera:

Tabla 13.

Criterios de reducibilidad	**Nº de casos**	**%**
Reducibles por prevención	**9**	**12,33**
Reducibles por tratamiento	**23**	**31,50**
Reducibles por prevención y tratamiento	**18**	**24,66**
Otras reducibles	**2**	**2,74**
Difícilmente reducibles	3	4,11
Otras causas	18	24,66
TOTAL	73	100 %

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil Municipal (2007).*

Gráfico de Tabla 13.

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil (2007).*

Se puede observar que en la mortalidad post-neonatal más del 70 % de las causas son reducibles o evitables por distintos motivos (prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno). La Infección Respiratoria Aguda es la causa de muerte post-neonatal "reducible" más frecuente.

Evolución de la mortalidad infantil del año 2001 al año 2007 en números absolutos de muertes infantiles del Municipio.

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil Municipal (2007).*

Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil del año 2001 al año 2007 del Municipio.

Fuente: *Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal –infantil (2007).*

Los gráficos anteriores muestran como fue evolucionando la mortalidad infantil en el Municipio, pudiéndose observar períodos duros (coincidentes con la crisis 2001-2003) para luego bajar hasta obtener una tasa de mortalidad infantil de 11,5 %o RN vivos en el año 2005. Y es relevante el aumento de la misma ocurrido en el año 2007.

De la lectura de este informe surge entre otras conclusiones que dentro de las causas de muerte "reducibles o evitables" en niños menores de un año, las Infecciones Respiratorias Agudas es la causa de muerte "reducible" más frecuente de mortalidad post-neonatal.
Estudios epidemiológicos afirman que en la gran mayoría de estas muertes existe el antecedente de haber consultado con algún efector del sistema de salud 48-72hs. antes de haber ocurrido el suceso de muerte; por lo cual se viene haciendo hincapié en solucionar "problemas de organización del sistema de salud" que impidan el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado de estos niños, como así también la consideración de los factores de riesgo.
Además las autopsias verbales realizadas por el Equipo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil Municipal revelan que muchos de estos niños que fallecen antes del año por IRAB, eran recién nacidos de riesgo que no habían sido detectados ni seguidos por el sistema de salud.
Es por ello que la Dirección Municipal Materno Infantil toma la decisión de intervenir con dos estrategias atención y gestión de la salud:

4.2 - Estrategia de intervención con enfoque de riesgo en los niños menores de un año internados por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB).

Siguiendo los lineamientos marcados por Chile por la experiencia validada que se toma de referencia, con su Programa de Infecciones Respiratorias Agudas y los factores de riesgo de morir por neumonía por ellos estudiados, y sumado a que nuestras estadísticas (ya enunciadas) mostraban que dichos factores debían ser tenidos en cuenta por la magnitud en que se presentaban, se decide implementar la siguiente estrategia.

a) Determinar como factores de riesgo de morir por IRAB en niños menores de un año a:

Requerimiento de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)

Peso al nacer menor de 2500grs.

Presencia de una enfermedad de base

Madre menor de 17 años.

Madre con primaria incompleta.

Presencia de fumador en la casa.

b) Armado de una red de trabajo conjunto entre Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Regiones Sanitarias y Municipios que habían aumentado considerablemente su mortalidad durante el año 2007.

Ésta consistía en que 5 Hospitales Centrales (Hosp. Ludovica de La Plata, Hosp. de Niños "Dr. Ricardo Gutierrez", Hosp. de Niños "Dr. Pedro De Elizalde", Hosp.Posadas, Hosp. Garraham enviarían vía correo electrónico a los Municipios seleccionados los egresos de niños internados por IRAB con factores de riesgo.

El Municipio se adhiere a esta propuesta y amplía la experiencia a los 2 Hospitales Locales (Hospital Materno Infantil "Dr. Oscar Alende" y el Hospital Provincial Interzonal de Agudos "Luisa C. de Gandulfo") y además a través de la gestión de la Región Sanitaria a todos los Hospitales de dicha Región Sanitaria en los que se hubieren internados por IRAB niños menores de un año residentes en este Municipio.

c) La información se enviaba 2 veces por semana al Referente Municipal del Programa IRAB. De allí la información se elevaba a cada Centro de Salud de acuerdo al domicilio del niño, por área programática con el mecanismo de referencia - contrarreferencia. Se informaba al equipo de salud sobre la situación de vulnerabilidad de este niño y se solicitaba que el equipo ponga en marcha estrategias de localización y seguimiento del niño y su familia.

d) Desde el Centro de Salud el equipo de salud era el encargado de localizar el domicilio de esta familia, hacer su seguimiento tanto de la patología del niño como del contexto en el que vivía. Se inician acciones de promoción de la salud.

e) El monitoreo de esta referencia- contrarreferencia entre Hospitales y Centros de Salud lo lleva a cabo el Equipo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil, quienes corroboraban que efectivamente se hubiera localizado al niño post-alta y se le hubieran hecho los controles y el seguimiento correspondiente de la

familia. Y articular con otros sectores de la salud algunas intervenciones necesarias (Desarrollo Social, Obras Públicas, Educación, etc.) de acuerdo a las necesidades de cada familia.

f) Se crea una base de datos en la Dirección Materno Infantil Municipal, con los siguientes ítems:

- Apellido y nombre.
- D.N.I.
- Fecha de nacimiento.
- Edad en meses.
- Dirección- Barrio.
- Teléfono.
- Unidad Sanitaria más cercana.
- Hospital de egreso.
- Diagnóstico.
- Días de internación.
- U.T.I.P. (Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica).
- Peso al nacer menor de 2500 grs.
- Enfermedad de base
- Madre menor de 19 años.
- Madre adolescente.
- Madre con primaria incompleta.
- Fumador en la casa.

4.3 -Estrategia de intervención con enfoque de riesgo en recién nacidos con algún tipo de vulnerabilidad.

La intervención consistió en monitorear a través del Equipo de Vigilancia Epidemiológica de la Morbi- Mortalidad Infantil el seguimiento por parte de los efectores de salud (en este caso Centros de Salud) de los recién nacidos con factores de riesgo que fueron referenciados desde el Hospital Provincial Interzonal de Agudos "Luisa C. de Gandulfo" por la Oficina de Referencia- Contrarreferencia.

A diferencia de lo que generalmente se realiza en los Hospitales con el seguimiento de los prematuros o recién nacidos con alguna patología, el enfoque de riesgo en este caso le suma a lo anterior la vulnerabilidad socio- económica- cultural del niño y su familia.

Los factores de riesgo a considerar en este caso fueron:

Peso al nacer menor de 2500 grs.

Tabaquismo materno.

- Antecedente materno de otras adicciones.

Madre menor de 19 años.

Madre con escolaridad primaria incompleta.

- Antecedentes de hermanos muertos.
- Acceso a agua potable en el domicilio.

Baño con descarga de agua en el domicilio.

Hacinamiento.

Trabajo estable en la familia.

4.4.-Los resultados obtenidos de la implementación de las dos estrategias con enfoque de riesgo fueron:

En relación a la referencia- contrarreferencia de los niños menores de un año con IRAB, se recibieron 287 niños egresados de hospitales para monitorear:

La distribución según Hospital de egreso de los niños internados por IRAB durante la época invernal del año 2008 (residentes en el Municipio del estudio) fue la siguiente:

Tabla 14.

Hospital perteneciente a la red IRAB	**Nº de niños**
Garraham	64
Elizalde	41
Gutierrez	13
Evita	54
Gandulfo	74
Alende	31
Fiorito	3
Oñativia	1
Presidente Perón	1
Narciso Lopez	3
Posadas	1
Calcuta	1
TOTAL	287

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil Municipal (2008).*

Es de destacar que un gran número de las madres de estos niños llevan voluntariamente a sus niños a atender a Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ya que solo en el caso del Hospital Posadas y Hospital Calcuta fueron derivaciones entre Hospitales por falta de cama.

La distribución según edad del niño internado por IRAB durante la época invernal del año 2008 (residentes en el Municipio en estudio) fue la que se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 15.

Edad del niño internado por IRAB	**Nº de niños**
0 a 3 meses	84
4 a 6 meses	106
7 a 12 meses	97
TOTAL	287

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil Municipal (2008).*

Puede observarse que la distribución por grupo etario no es muy significativa.

La distribución según diagnóstico de egreso por informe recibido del Hospital se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 16.

Diagnóstico de egreso	**Nº de niños**
Bronquiolitis	148
I.R.A.B.	44
Neumonía	38
B.O.R.	24
Bronquiolitis más neumonía	11
Dificultad respiratoria	16
Sind. de broncoaspiración	1
B.O.R. más neumonía	1
Neumonía más coqueluche	1
Otros	3

TOTAL	287

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil Municipal (2008).*

Surge de estos datos que la bronquiolitis es el diagnóstico más frecuente de egreso de estos niños, pero también se debe plantear mayor consenso en designar a las categorías diagnósticas, ya que por ejemplo "dificultad respiratoria" no especifica el tipo de Infección Respiratoria Aguda Baja.

La distribución de los factores de riesgo en los 287 niños egresados por IRAB referenciados fue:

Tabla 17.

Factores de riesgo	**Nº de niños**	**% del total de niños referenciados**
U.T.I.P.	19	6,62
Peso al nacer menor de 2500grs.	**28**	**9,76**
Enfermedad de base	10	3,48
Madre menor de 19 años	19	6,62
Madre con primaria incompleta	**22**	**7,66**
Fumador en la casa	No hay registro	No hay registro
Total de niños con factores de riesgo	**98**	**34,15 %**

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil (2008).*

Del total de 98 niños egresados por IRAB con factores de riesgo, la distribución de los mismos fue la que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 18.

Factores de riesgo	**Nº de niños**	**% del total de niños con factores de riesgo**
U.T.I.P.	19	19,39
Peso al nacer menor de 2500grs.	**28**	**28,57**
Enfermedad de base	10	10,20
Madre menor de 17 años	**19**	**19,39**
Madre con primaria incompleta	**22**	**22,45**

Fumador en la casa	Sin registro	Sin registro
TOTAL	98	100 %

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fetal- infantil (2008).*

Del análisis de los datos que anteceden surge que de todos los niños egresados por IRAB de los Hospitales de la red, el 34% presentaba al menos un factor de riesgo.
Y es de destacar que de ese 34% de niños con factores de riesgo, 19,4% eran hijos de madre adolescente y el 22,4% eran niños con madre con primaria incompleta.
De los niños con madres con primaria incompleta el 32% eran menores de 17 años.
Debido al trabajo en red y al esfuerzo de los equipos de salud interdisciplinarios de los CAPS se logró localizar al 90% de los niños referenciados y hacer su seguimiento tanto de la patología que produjo su internación como de las condiciones del entorno familiar.
De los niños referenciados durante el año 2008 ninguno de ellos correspondió a un niño fallecido durante dicho año.
Sin embargo cabe aclarar que no se obtuvo la respuesta esperada por parte de algunos sectores como Desarrollo Social y Obras Públicas en cuanto a la resolución de problemas de estas familias que fueron relevados por los trabajadores sociales de los equipos de los CAPS sobre las condiciones de vida.
Con respecto al monitoreo de los recién nacidos con riesgo los resultados fueron los siguientes:
Fueron monitoreados 107 recién nacidos con riesgo y la distribución de los factores de riesgo estudiados fue la que se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 19:

Factor de riesgo	**Nº de casos**	**% del total de recién nacido con riego**
Peso al nacer menor de 2500 grs.	49	45,7
Madre adolescente	10	9,3
Madre con primaria incompleta	18	16,8
Antecedentes de hermanos muertos	8	7,5
Tabaquismo materno	40	37,4

Hacinamiento	14	13,0
Falta de agua potable en el domicilio	1	0,9
Baño sin descarga de agua en el domicilio	6	5,6
Familia sin trabajo estable	28	26,1

Fuente: *Datos del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la morbi- mortalidad materno- fatal- infantil (2008).*

Es notable y altamente preocupante el alto porcentaje de tabaquismo materno que podría relacionarse en parte como causa de bajo peso al nacer. Al igual que cuando se analizó los factores de riesgo de niños con IRAB, la presencia de una madre con primaria incompleta en alto porcentaje es alarmante y merece una intervención intersectorial.

4-5. Modificación de los indicadores sanitarios.

En relación a la mejora de los indicadores sanitarios, siendo la tasa de mortalidad infantil el indicador relevante para este trabajo, se puede decir que se produjo una disminución importante de este indicador , ya que la Tasa de Mortalidad Infantil (T.M.I.) del año 2008 del Municipio en cuestión fue de 12,1‰ RN vivos (con una reducción de 3,9 puntos en relación al 2007).

Se sabe que la mejora en la Tasa de Mortalidad Infantil excede a los sistemas de salud, pero como se decía con anterioridad, en las causas de muerte reducibles o evitables es fundamental un replanteo de la organización de los sistemas de salud, y una de las herramientas de gestión y atención de la salud infantil es la aplicación del enfoque de riesgo.

5- CONCLUSIONES.

Desde 1978 con la Declaración de Alma Ata la Atención Primaria de la Salud significó un cambio de paradigma en la práctica de la salud pública. Planteó un cambio en el modelo de atención de la salud y priorizó la promoción de la salud. Este último concepto fue reforzado en la Carta de Ottawa (1986), evento que promovió un diálogo abierto entre profesionales de la salud, asociaciones filantrópicas, ciudadanos, representantes de organizaciones comunitarias, políticos, administrativos y técnicos de la salud.

La complejidad del sistema de salud, de la toma de decisiones para una mejor atención y gestión, sumado a que los recursos en salud son limitados, hace necesario la aplicación del enfoque de riesgo frente a algunos problemas de la población.

Si bien se debe garantizar el derecho a la salud a todos los niños, al mismo tiempo se debe hacer una distribución equitativa o sea focalizando algunas acciones hacia los que más lo necesitan. Esto en función de una atención y gestión de la salud desde una política de equidad.

El enfoque de riesgo es un método probabilístico que permite establecer prioridades con el fin de lograr un verdadero impacto sanitario.

Queda demostrado a través de este trabajo que la utilización del enfoque de riesgo en este Municipio logró:

Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención.

Identificar a la población infantil más vulnerable y realizar su seguimiento.

Promover un trabajo integrado interjurisdiccional con una organización sanitaria con reciprocidad de sus enlaces y un sistema de valores compartidos con roles de las autoridades, responsabilidades y relaciones definidos.

A través del mecanismo de referencia- contrarreferencia fomentó la descentralización de la atención de la salud con el fortalecimiento y reconocimiento del 1º nivel de atención.

La continuidad en los procesos asistenciales independientemente del lugar donde se preste no solo favorece una mejor disponibilidad de los recursos para la población sino también una mejor calidad de la atención. La organización en red de los servicios de salud ha demostrado ser el recurso más adecuado para lograr la articulación de los recursos sanitarios, en tanto mejora la utilización de los recursos humanos y materiales del sistema de salud superando barreras geográficas y administrativas, con una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles para satisfacer la demanda de la población.

Además permitió:

Promover el trabajo interdisciplinario, entendiendo como interdisciplina a un espacio virtual de intercambio constante y activo de ideas entre los miembros de un equipo, donde debe darse lugar al saber del otro. Donde se permita diferentes lecturas de un mismo problema. El logro de este espacio en la actualidad si bien se ha avanzado en su construcción, es un camino aún a recorrer.

Reconocer cambios demográficos, epidemiológicos y sociales. Relacionar variables sanitarias con variables socio- culturales. Y cambiar el foco de la mirada de la pobreza al de vulnerabilidad (o sea que no solo se tenga en cuenta como riesgo el nivel de ingreso de una familia).

Iniciar un trabajo intersectorial con participación comunitaria que permita dar respuesta a condiciones de vulnerabilidad que no pueden ser dadas solo por el sistema de salud.

Obtener mejoras en los indicadores de salud, como ocurrió en este caso con la disminución de la tasa de mortalidad infantil del Municipio. La población con mayor vulnerabilidad biológica, social, económica y/o cultural es la que mayor riesgo tiene de enfermar o morir, por lo cual el enfoque de riesgo permite influir en la reducción de la mortalidad.

Este trabajo demuestra que el enfoque de riesgo tiene la relevancia de ser una experiencia válida en terreno para el diseño y aplicación de políticas públicas basada en evidencia y resultados. Por todo lo antedicho esta estrategia de atención responde a los principios planteados por la Atención Primaria de la Salud.

Miriam Ester Lesta.

BIBLIOGRAFÍA.

Acuña M. "Exclusión, protección social y derecho a la salud". OPS-OMS (2005).

Busso N. "Los nuevos desafíos de la mortalidad infantil. Arch. argent. de pediatr. Argentina. (2001).

Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud."Carta de Ottawa para la promoción de la salud".(1986).

OMS."Declaración de Alma Ata". (1978).

Filgueira Lima E. "El desafío de pensar cambios". CEDES. Buenos Aires. (2006).

Girardi G. "El Programa IRA en Chile: hitos e historia". Rev. chil. pediatr. Santiago de Chile (2001).

OMS."Enfoque de riesgo" (2001).

OPS/OMS. "Documento de Posición sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas". (2005).

Sociedad Argentina de Pediatría/UNICEF. "Salud materno- infanto- juvenil en cifras 2009" (2009).

Torres R, Siede J. "Atención Primaria de la Salud". CEDES .Buenos Aires. (2001).