

Descenso de la Mortalidad Infantil

Información para la acción

Desafíos Políticos y Técnicos para alcanzar una tasa de 5 ‰ en el 2030

Autores:

Dra Ana María Speranza

Médica especialista en pediatría. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Ex Directora Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Nación

Consultora en temas maternoinfantiles en los Ministerios de Salud Nacional y de CABA

Directora del Centro de Estudios Mujer, Maternidad e Infancias de la Universidad ISALUD

Dr Alberto Eduardo Schwarcz

Médico, Especialista en Pediatría y Neonatología. Especialización en Administración

Hospitalaria, Maestría en Epidemiología Clínica.

Ex becario de Michigan State University 1986-1989, ex jefe de neonatología Htal D

Paroissien y Eva Perón.

Ex consultor en Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud 2008-2013 y de la

Organización Panamericana de la Salud.

Dra Juliana Finkelstein

Médica pediatra. Especialista en Salud Pública. Magister en Administración de Sistemas y Servicios de Salud.

Docente de Salud Pública en las carreras de Medicina y de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Actualmente Directora de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud Nacional

Introducción

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador del estado de salud de los niños y las niñas, de toda la población en su conjunto y de las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran. Además, es un indicador sensible de la accesibilidad y la calidad de los sistemas de servicios de salud. Sobre la mortalidad infantil, influyen distintos determinantes según la edad de los niños. Entre los más pequeños (menores de 27 días), prevalecen los determinantes vinculados a los servicios de salud (atención del embarazo, parto y del

neonato). En la salud de los más grandes (entre 28 y 365 días de vida), tienen mayor influencia las condiciones ambientales y socioeconómicas en las que crece y se desarrolla el niño.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) relaciona las defunciones anuales de los menores de 1 año y los nacidos vivos registrados en el mismo año. Se expresa por 1000 nacidos vivos.

Tiene 2 componentes: neonatal, que comprende defunciones de menores de 28 días, se divide en precoz (entre 0 y 6 días de vida) y tardía (entre 7 y 27 días de vida) y postneonatal que incluye defunciones de mayores de 27 días y menores de 1 año.

A la mortalidad neonatal se la describe como “mortalidad dura” esta mortalidad es la que predomina en países desarrollados, en poblaciones con buenas condiciones sociales, económicas y culturales y se vincula con las condiciones congénitas, con la oportunidad y calidad de la atención de la salud (salud de la persona gestante, control del embarazo, atención del parto y de la persona recién nacida durante los primeros días de vida, es decir el Sistema de Salud)

La mortalidad postneonatal también es conocida como “mortalidad blanda”, es alta en países en vías de desarrollo, tienen mayor impacto las condiciones y circunstancias en las que las niñas y los niños se desarrollan, principalmente socioeconómicas, ambientales, psicosociales y conductuales.

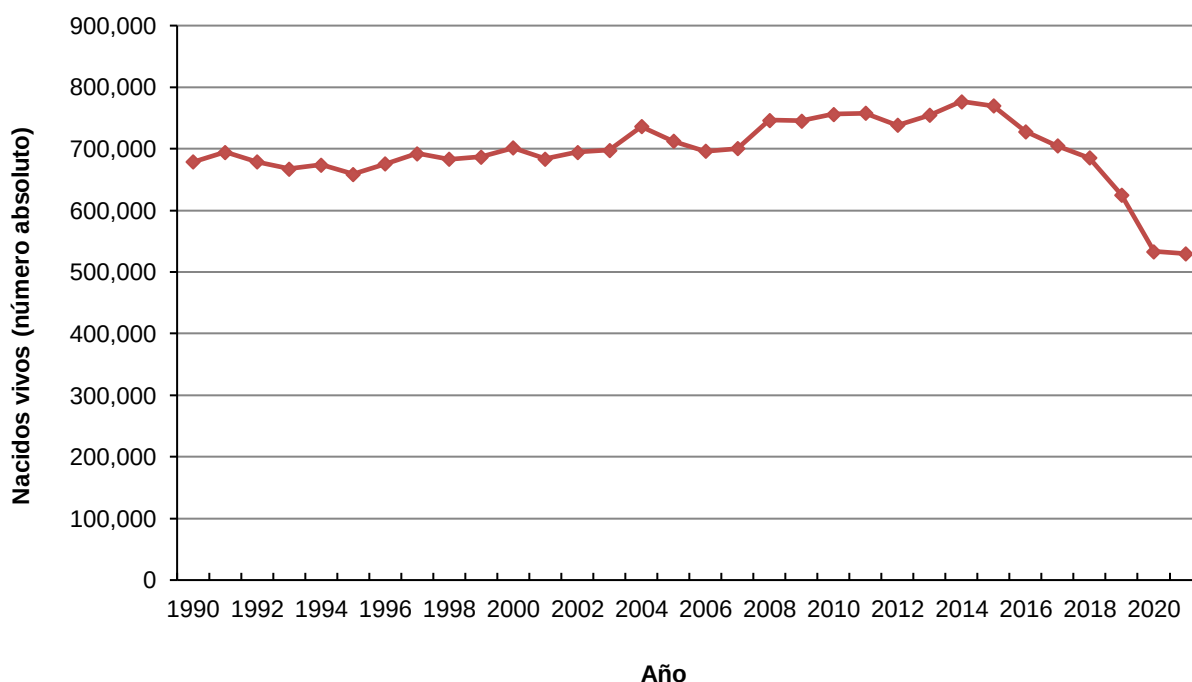
La TMI y sus componentes son considerados unos de los indicadores más importantes, tanto de desarrollo y calidad de vida, como de accesibilidad y calidad de los servicios de salud y por ello es indispensable su análisis para la planificación y programación de las políticas públicas.

En el año 2021 se registraron 529.794 nacidos vivos en Argentina y 4.238 defunciones durante el primer año de vida (mortalidad infantil), 3.029 ocurrieron durante los primeros 27 días de vida (mortalidad neonatal) y 1.209 entre el día 28 y el día 365 (mortalidad postneonatal). La Tasa de mortalidad infantil en Argentina en el año 2021 fue de 8‰, la neonatal 5,7‰ y la postneonatal 2,3‰.¹

CAMBIOS EN LA NATALIDAD

Desde 1990 y hasta 2021 se observa una variación en el número absoluto de nacidos vivos con ascensos importantes en los años 1997, 2000, 2004, 2008 y 2014 y descensos en 1995, 2001, 2006 y 2012. Es importante destacar a partir de 2015 un descenso pronunciado y sostenido en el número de nacidos vivos, que alcanza en el año 2021 su valor más bajo: 529.794. Entre el año 2015 (NV 770.040) y el año 2021 (NV 529.794) se constata un descenso del 31,2% en el número de nacidos vivos.

Evolución del número de nacidos vivos anuales. Años 1990 a 2021:



Fuente: DEIS: MSAL: 2021

Qué políticas públicas contribuyen a este descenso?

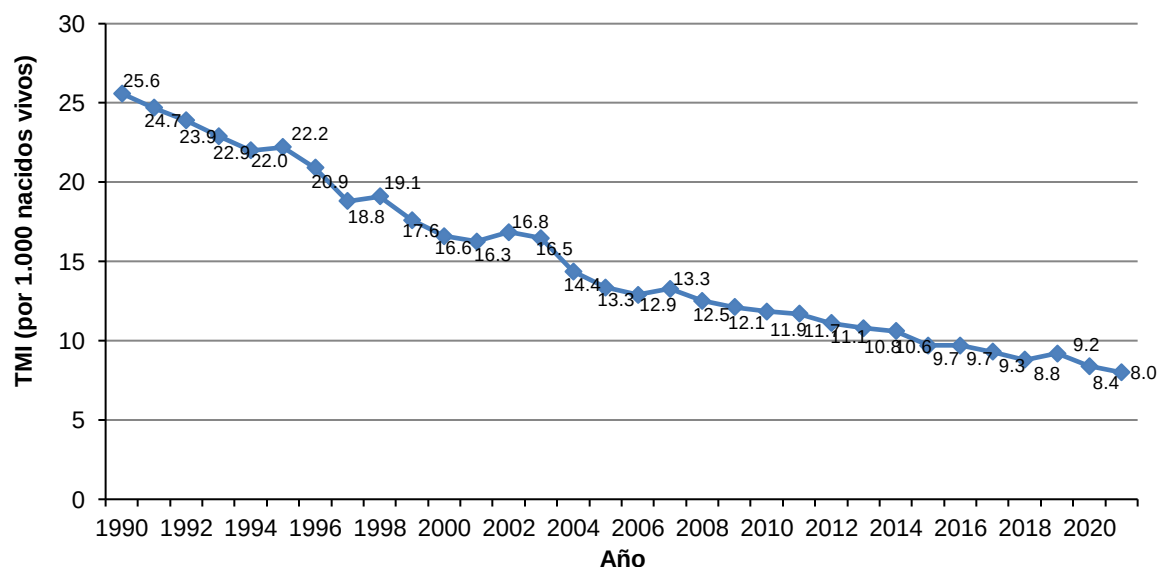
La Dirección Nacional de Salud Sexual, que tiene su antecedente en el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Salud Sexual con su marco normativo (Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) , Ley Nacional N° 26.150 de creación del Programa nacional de educación sexual integral, la Ley Nacional N° 27610 “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (2021) así como el fallo de la Corte Suprema de Justicia de nuestro País instando a las jurisdicciones a arbitrar los medios para garantizar el

pleno cumplimiento de la interrupción legal del embarazo acorde al código penal del año 1921), han contribuido a garantizar el acceso universal a los métodos anticonceptivos, la implementación de la estrategia AIPE (Anticoncepción post evento obstétrico, parto o aborto) que se implementa en todas las maternidades, así como campañas de difusión de información, el avance de los movimientos feministas, cambios culturales, económicos, que han impactado en el acceso al derecho de planificar el proyecto reproductivo en las personas gestantes.

MORTALIDAD INFANTIL (MI)

Los cambios en los conocimientos científicos, así como la incorporación de recursos diagnósticos y terapéuticos, la incorporación y capacitación del recurso humano, y el desarrollo de estrategias organizativas, han permitido disminuir el riesgo de muerte en el primer año de vida en un 70% desde 1990.

Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil. Años 1990 a 2021:



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2021.

En la última década, se evidencia un descenso de 27,9% en la TMI, alcanzando su menor valor en 8‰ en el año 2021, en el cual se registraron 4.238 defunciones infantiles y 529.794 nacidos vivos.

Es importante señalar que esta tendencia al descenso, ha tenido 2 interrupciones en la última década: en el año 2016 la TMI no registró descenso con respecto al año 2015 y en el año 2019 inclusive, se registró un incremento con respecto al año anterior.

En los últimos 3 años la TMI recupera su tendencia al descenso gracias a la recuperación del rol rector del Ministerio de Salud de la Nación, priorizando políticas públicas de fortalecimiento de las jurisdicciones, fortaleciendo los recursos de cuidado perinatal, a través del acompañamiento a los equipos locales, desde la asistencia técnica,, la capacitación, así como la provisión de medicamentos, insumos y equipamientos esenciales para garantizar el acceso y la calidad de la atención de la salud perinatal y de la niñez.

Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil. Años 2012 a 2021:

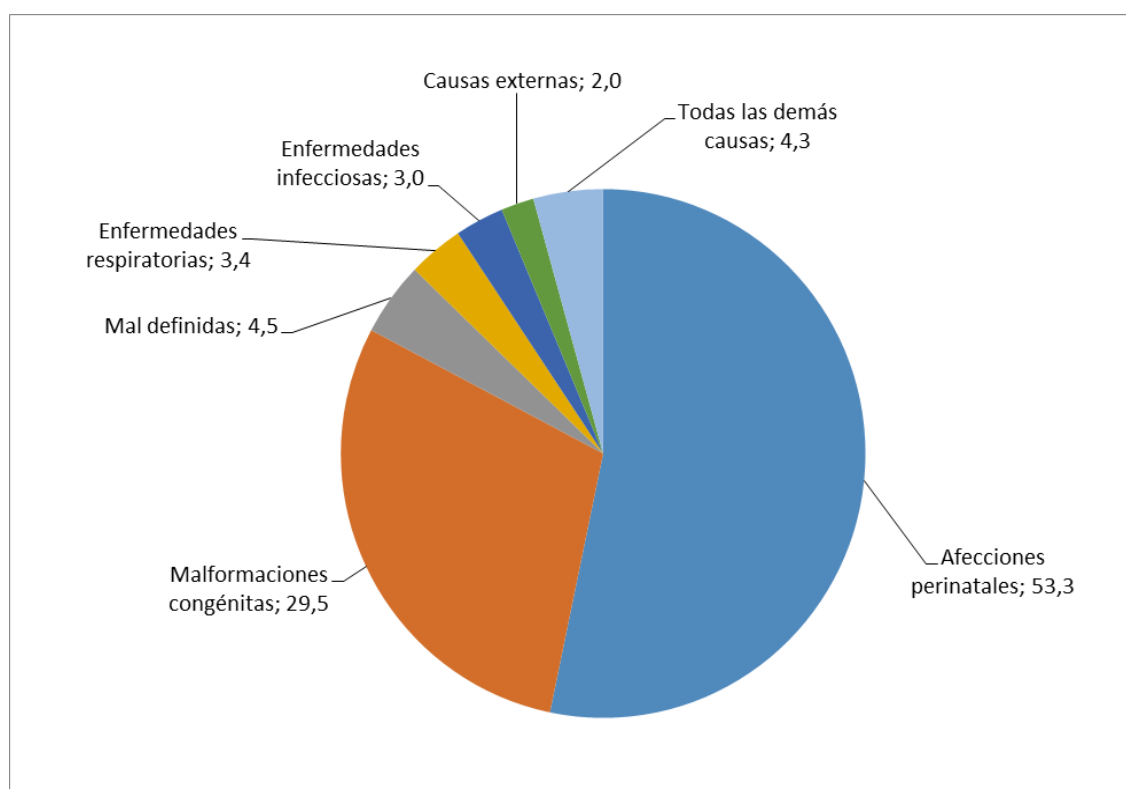
<i>Año</i>	<i>Defunciones infantiles</i>	<i>Nacidos Vivos</i>	<i>Tasa de Mortalidad Infantil</i>
2012	8227	738318	11,1
2013	8174	754603	10,8
2014	8202	777012	10,6
2015	7445	770040	9,7
2016	7093	728035	9,7
2017	6579	704609	9,3
2018	6048	685394	8,8
2019	5745	625441	9,2
2020	4505	533299	8,4
2021	4238	529794	8,0
Variación porcentual	-48,5	-28,2	-27,9

Fuente: DEIS: MSAL: Año 2021

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CAUSAS

El análisis de la mortalidad infantil según causas en el año 2021 señala como primera causa las afecciones perinatales, responsables del 53,3% de las defunciones del primer año de vida, y, en segundo lugar, las malformaciones congénitas, responsables del 29,5% de las defunciones. Estas dos primeras causas representan el 82,8% de la mortalidad infantil. Luego aparecen las defunciones infantiles con causa básica mal definida (4,5%), las enfermedades respiratorias (3,4% de las defunciones infantiles), las enfermedades infecciosas y parasitarias (3,0%), las causas externas (2,0%) y el resto de las causas (4,3%).

Mortalidad Infantil según causas. Año 2021



Fuente: DEIS- MSAL. Año 2021

Evolución de la MI según grupos de causas. Expresado en números absolutos y por Tasa cada 1.000 nacidos vivos. Años 2012 a 2021:

Año	nacidos vivos	Total		Afecciones Perinatales		Malformaciones Congénitas		Enfermedades Respiratorias		Enfermedades Infecciosas y Parasitarias		Causas Externas	
		N	TMI	N	TMI	N	TMI	N	TMI	N	TMI	N	TMI
2012	738.318	8.227	11,1	4.068	5,5	2.175	2,9	609	0,8	288	0,4	247	0,3
2013	754.603	8.174	10,8	4.160	5,5	2.134	2,8	565	0,7	287	0,4	230	0,3
2014	777.012	8.202	10,6	4.139	5,3	2.343	3,0	543	0,7	244	0,3	234	0,3
2015	770.040	7.445	9,7	3.728	4,8	2.085	2,7	503	0,7	236	0,3	176	0,2
2016	728.035	7.093	9,7	3.488	4,8	1.919	2,6	526	0,7	261	0,4	181	0,2
2017	704.609	6.579	9,3	3.383	4,8	1.864	2,6	402	0,6	212	0,3	142	0,2
2018	685.394	6.048	8,8	3.039	4,4	1.690	2,5	380	0,6	196	0,3	135	0,2
2019	625.441	5.745	9,2	2.880	4,6	1.615	2,6	375	0,6	168	0,3	137	0,2
2020	533.299	4.505	8,4	2.439	4,6	1.316	2,5	136	0,3	135	0,3	84	0,2
2021	529.794	4.238	8,0	2.257	4,3	1.249	2,4	145	0,3	128	0,2	86	0,2

Fuente: DEIS. MSAL Año 2021

La **primera causa** de mortalidad infantil durante toda la última década fueron las **afecciones perinatales** (prematurez, bajo peso al nacer y las patologías propias de esta etapa de la vida). En los últimos 10 años se constata un descenso del 22,7% en el riesgo de muerte infantil por afecciones perinatales

Los nacidos vivos con menos de 2.500 grs. y particularmente los nacidos con menos de 1.500 grs. representan un grupo importante para la salud pública debido a su mayor vulnerabilidad, lo que se traduce en una mayor morbilidad. Mientras los nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor a 2.500 grs.) representan 6,1 % de los nacimientos, representan 18,1% de las defunciones infantiles; **los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (menor a 1.500 grs.), representan 1,1% de los nacimientos y 43,4% de las defunciones durante el primer año de vida.**

El riesgo de muerte durante el primer año de los nacidos vivos con menos de 1500 grs es 14 veces mayor que los nacidos entre 1500 y 2500 grs y 130 veces mayor que los que nacen con más de 2500 grs.

Es importante señalar que el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso y muy bajo peso en Argentina resulta similar al de países desarrollados, con TMI mucho menores. Lo cual evidencia las inequidades e ineficiencias en el cuidado neonatal de alta calidad que requieren estos nacidos vivos de alto riesgo y que es necesario profundizar las políticas de cuidado del embarazo, identificación de riesgo de nacimientos prematuros, malformados y lograr que dichos recién nacidos nazcan en instituciones según la complejidad de los mismos, esta estrategia se conoce como Regionalización perinatal.

La **segunda causa** de mortalidad infantil durante la última década fueron las **malformaciones congénitas**. Dentro de las defunciones infantiles por malformaciones congénitas, las malformaciones cardíacas representan el 41% de estas muertes. En los últimos 10 años se constata un descenso del 20% en el riesgo de muerte infantil por esta causa.

El peso tan relevante de las malformaciones congénitas en el primer año de vida, evidencia la necesidad de ampliar, mejorar y profundizar el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas que viene dando respuesta a este grupo específico que también requiere cuidados de alta complejidad, así la necesidad de mejorar el diagnóstico prenatal.

En **tercer lugar** aparecen las muertes infantiles con causa básica mal definidas, que incluye la muerte súbita del lactante (según clasificación de la OMS que adopta Argentina). El mejoramiento de la información sobre la causa básica de muerte, constituye una necesidad para la planificación pública que la utiliza para la definición y seguimiento de políticas y programas de salud, y por ende, para la comunidad receptora de los mismos.

La **cuarta causa** de defunciones infantiles fueron las **enfermedades respiratorias**, que en la última década ha descendido 62,5% (54,4% en los últimos 2 años). Es importante contextualizar este descenso y enmarcarlo dentro del impacto de las políticas implementadas durante la pandemia por COVID -19 en términos de promoción de la salud, que incluyeron desde la incorporación de hábitos como el lavado de manos, el aislamiento

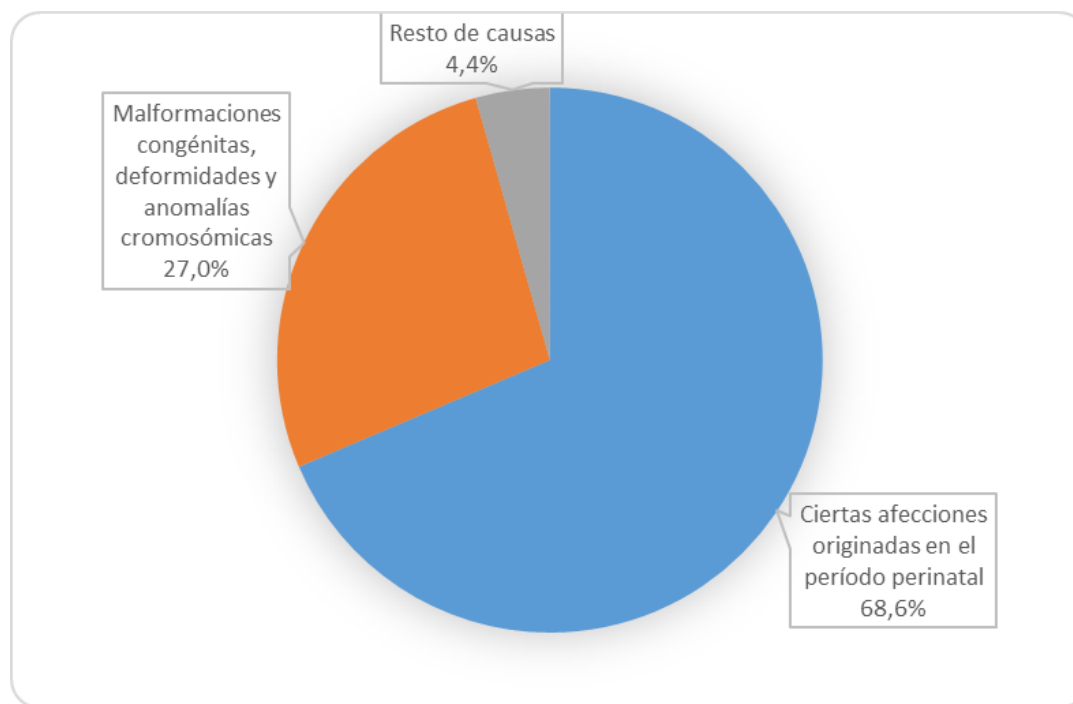
de las personas sintomáticas, así como los períodos de ASPO (Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio) y DISPO (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio) que restringieron particularmente la circulación de niños y niñas pequeñas y de sus hermanos y hermanas convivientes, lo cual ha impactado en la reducción de las defunciones infantiles por este grupo de causas. Al respecto cabe señalar la importancia de la incorporación definitiva y el sostenimiento, una vez resuelta la pandemia por COVID-19, de estas medidas de higiene respiratoria.

MORTALIDAD NEONATAL

La Mortalidad neonatal, comprende las defunciones ocurridas durante los primeros 27 días de vida. En el año 2021 se registraron 3.029 defunciones neonatales y la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) fue de 5,7‰.

Las causas de mortalidad neonatal en 68,6% de los casos se debieron a afecciones perinatales y en 27% a malformaciones congénitas. Es decir, que estas 2 causas explican 95,6% de las muertes en el primer mes de vida.

MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN CAUSAS



Fuente: DEIS-MSAL. Año 2021

MORTALIDAD NEO SEGÚN INTERVALSO DE PESO AL NACER

La importancia del peso al nacer adquiere mayor relevancia en este grupo etario. Como se mencionó, los nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor a 2.500 grs.) representan 6,1 % de los nacimientos, representan 18,1% de las defunciones neonatales; **los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (menor a 1.500 grs.), representan 1,1% de los nacimientos y 53,2% de las defunciones durante el primer mes de vida.**

El riesgo de muerte durante el primer mes de los nacidos vivos con menos de 1500 grs es 16,8 veces mayor que los nacidos entre 1500 y 2500 grs y 203 veces mayor que los que nacen con más de 2500 grs.

Nacidos vivos según intervalos de peso al nacer. Año 2021:

Nacidos vivos	Total	INTERVALO DE PESO AL NACER (en gramos)			
		Hasta 1.499	De 1.500 a 2.499	De 2.500 y más	Sin especificar
Número	529.794	5.673	32.421	478.998	12.702
Porcentaje	100%	1,1%	6,1%	90,4%	2,4%

Fuente: DEIS: MSAL: Año 2021

Defunciones neonatales según intervalos de peso al nacer. Año 2021:

Defunciones Infantiles	Total	INTERVALO DE PESO AL NACER (en gramos)			
		Hasta 1.499	De 1.500 a 2.499	De 2.500 y más	Sin especificar
Número	3.029	1.613	549	676	191
Porcentaje	100%	53,3%	18,1%	22,3%	6,3%

Fuente: DEIS: MSAL: Año 2021

Tasas de Mortalidad Infantil específicas según intervalos de peso al nacer. Año 2021:

TMI	INTERVALOS DE PESO AL NACER (en gramos)			
	Hasta 1.499 grs.	De 1.500 a 2.499 grs.	Menos de 2.500 grs	Más de 2.500 grs.
8‰	284,3‰	16,9‰	56,8‰	1,4‰

Nota: Debe recordarse que estos valores deben ser interpretados como aproximaciones, debido al elevado porcentaje de defunciones infantiles sin registro de peso al nacer en el IED, que podría alterar significativamente la TMI específica según peso al nacer.

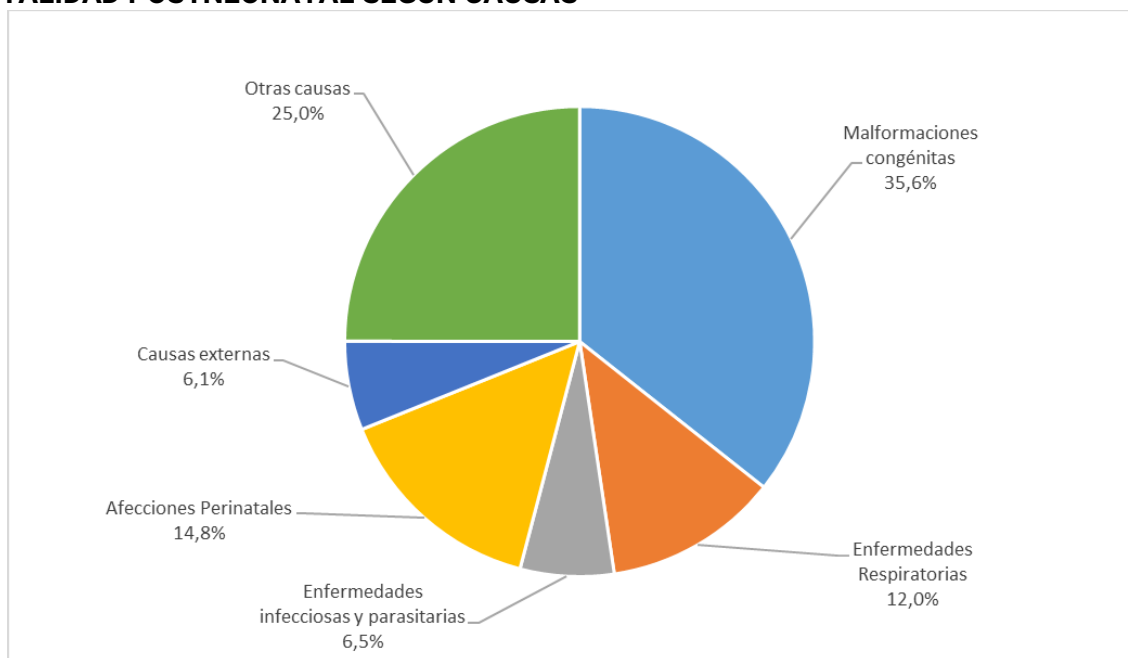
Fuente: DEIS. MSAL. Año 2021

MORTALIDAD POSTNEONATAL

La Mortalidad postneonatal, comprende las defunciones ocurridas durante el día 28 y 365 de vida. En el año 2021 se registraron 1.209 defunciones postneonatales y la Tasa de Mortalidad Postneonatal (TMP) fue de 2,3‰.

El análisis de la mortalidad postneonatal según causas en el año 2021 señala como primera causa las malformaciones congénitas, responsables del 35,6%, seguidas por las afecciones perinatales (14,8%), las enfermedades respiratorias (12%) y las defunciones postneonatales con causa básica mal definida (11,8%), enfermedades infecciosas y parasitarias (6,5%), las causas externas (6,1%) y el resto de las causas (13,3%).

MORTALIDAD POSTNEONATAL SEGÚN CAUSAS



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2021

MORTALIDAD POSTNEONATAL DOMICILIARIA

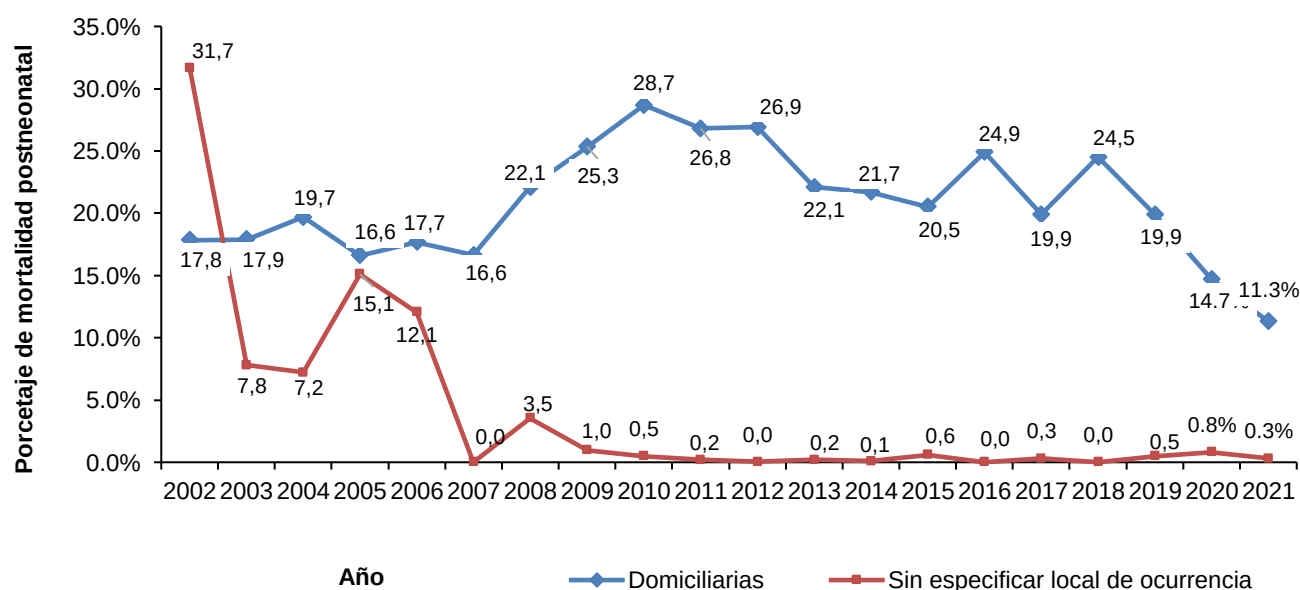
Las defunciones en la infancia presentan, en la mayor parte de los casos, signos y síntomas de claudicación que permiten anticiparse y desencadenar las acciones necesarias para

evitar la muerte. Las defunciones ocurridas fuera de los establecimientos de salud pueden ser un indicio de la falta de acceso real a la atención de la salud.

De las 1.209 defunciones posneonatales registradas en el año 2021, 137 (11,3%) ocurrieron en los domicilios particulares.

En los últimos años, se ha observado una disminución en el porcentaje de defunciones postneonatales domiciliarias:

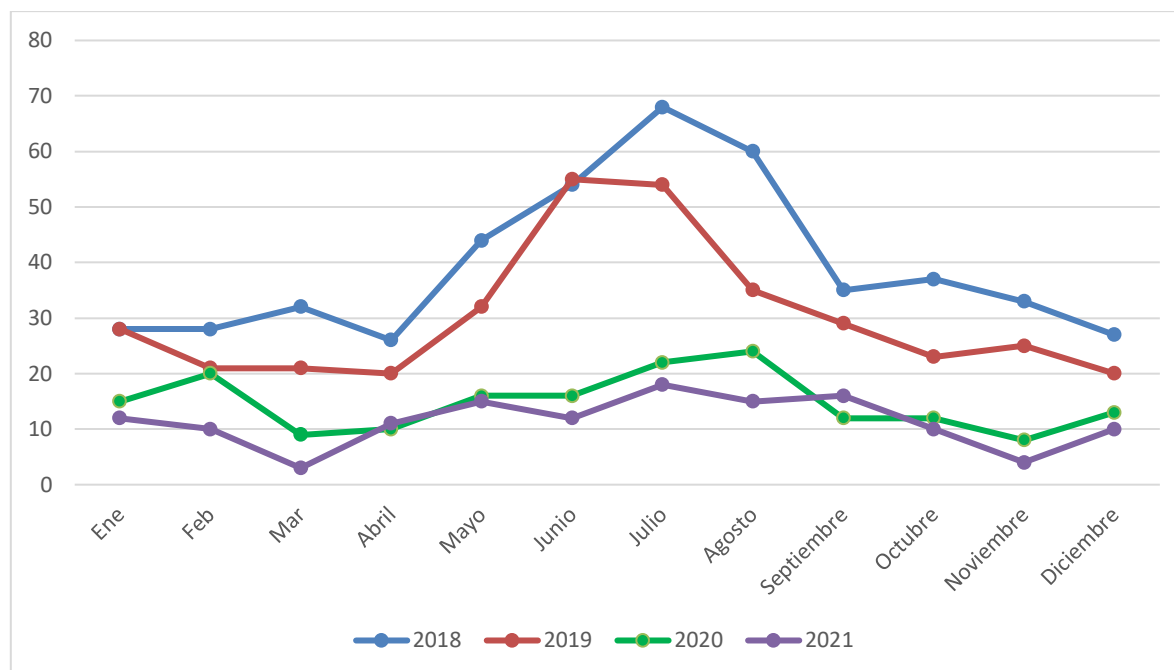
Mortalidad postneonatal domiciliaria (y sin registro de lugar de ocurrencia). 2002 - 2021



Fuente: DEIS: MSAL: Año 2021

Resulta interesante analizar el comportamiento estacional de las defunciones postneonatales domiciliarias que en los años prepandemia presentaban un pico estacional en los meses del invierno, y en los años 2020 y 2021 se observa que esa estacionalidad se interrumpe, probablemente a expensas de las medidas de higiene y cuidado respiratorio, sumadas a la ASPO y DISPO ya enunciadas.

Evolución de la distribución mensual de la Mortalidad postneonatal domiciliaria. Años 2018 – 2021



Fuente: DEIS: MSAL: Año 2021

Principales políticas que contribuyen al descenso de la MI:

1.REGIONALIZACION PERINATAL^{2,3,4,5}

Considerando que casi 70% de la mortalidad infantil ocurre durante el primer mes de vida y el impacto del bajo peso al nacer y la prematuridad, así como el riesgo de muertes maternas desde la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud, actualmente Dirección de Salud Perinatal y Niñez, se decidió evaluar las instituciones públicas donde nacían niños en el país.

Este primer relevamiento de maternidades públicas de todo el país se realizó entre los años 2010 y 2011. Se analizaron los establecimientos, por tamaño, según cantidad de partos anuales, la observancia de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONES publicadas en la OMS en 1986) y el cumplimiento de los servicios de Obstetricia y Neonatología en distintos rubros, con especial énfasis en las maternidades más grandes, con el objetivo de mejorar la asistencia y disminuir la morbilidad materno neonatal.

Las **Condiciones obstétricas y neonatales esenciales**, son los requisitos mínimos a cumplir en establecimientos que asisten partos para garantizar el abordaje adecuado y oportuno de

las complicaciones que pudieran presentarse durante el parto y/o puerperio inmediato, tanto sobre la persona gestante como sobre la persona recién nacida. Estos requisitos son las medidas de SEGURIDAD básicas para la atención perinatal:

- Disponibilidad Quirúrgica para procedimientos obstétricos.
- Disponibilidad de Anestesia (recursos humanos y físicos)
- Transfusión de sangre segura.
- Tratamientos médicos maternos.
- Asistencia neonatal inmediata.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal.
- Transporte oportuno al nivel de referencia.

En la evaluación de las maternidades realizada en el año 2011, se observó el cumplimiento total de las CONE solo en el 44% de las maternidades. Los menores porcentajes se registraron en cirugía, anestesia y, especialmente, en sangre disponible.

Se evidenció una elevada cantidad de maternidades pequeñas con una muy baja complejidad y que no cumplían con las CONE. Además los servicios de obstetricia y neonatología no estaban categorizados según niveles de complejidad

Como antecedente, contábamos con la Encuesta perinatal realizada en el año 2008 en maternidades públicas de CABA y Provincia de Buenos Aires que demostró que los nacidos vivos de muy bajo peso no se derivaban a pesar de nacer en maternidades con neonatologías de baja complejidad, por lo cual fallecían donde nacían. Los servicios de obstetricia y neonatología no tenían identificado su nivel de complejidad. Se pudieron analizar y describir los corredores sanitarios entre el conurbano y CABA. ⁶

A partir de estos estudios se tomó la decisión desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, como política pública, basada en derechos:

**TODA MUJER TIENE DERECHO A UN CONTROL PRENATAL INTEGRAL Y DE CALIDAD,
EMBARAZO PLANIFICADO Y A UN PARTO SEGURO Y RESPETADO
TODO NIÑO TIENE EL DERECHO A NACER EN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE POR RIESGO
LE CORRESPONDE**

La estrategia planteada fue: **La REGIONALIZACION PERINATAL,**

¿QUÉ SIGNIFICA REGIONALIZACIÓN PERINATAL? ⁷

Es el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización máxima de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.

La Regionalización Perinatal comienza en el primer nivel de atención, que debe asegurar un control prenatal integral, identificar los embarazos de riesgo y derivar a la maternidad que por riesgo corresponda.

En relación al control prenatal todavía hay un 4,3% de embarazadas que llegan al parto sin control prenatal y un 31,7% con menos de 5 controles, considerados insuficientes, 80,9% tienen menos de 8 controles datos del Sistema informático perinatal (SIP 2021)

Todos los servicios de obstetricia y neonatología del sector público fueron categorizados según niveles de complejidad creciente: NIVEL II (BAJO RIESGO) y NIVEL III A o B, (MEDIANO Y ALTO RIESGO).

La comunicación y el traslado son fundamentales para el funcionamiento de la Red. Las maternidades especializadas en atención a las embarazadas de alto riesgo deben contar una casa de madres, también llamada residencia de madres, para la espera del parto por razones de distancia, geográficas o sociales.

El espacio hospedar a las madres cuyos bebés están internados en la UCIN, permitiendo la continuación del amamantamiento y cuidado

Puede albergar también al binomio previo al alta.

La REGIONALIZACION de la atención PERINATAL ha demostrado en el mundo que: ⁸⁻²¹

- La MN es menor cuando los nacimientos de mayor riesgo nacen en unidades de mayor complejidad.

- Es posible lograr que más del 65% de los bebés de mayor riesgo nazcan en unidades especializadas.
- La mortalidad de los nacidos vivos con menos de 1500 g al nacer depende de la experiencia de la institución en donde nacen y del número de enfermeras por paciente crítico.
- Cuanto mayor es el trabajo en las Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), mejores son los resultados.
- Un censo mayor a 15 Recién Nacidos en la UCIN se asocia con menor mortalidad en los Recién Nacidos de muy bajo peso. Las unidades pequeñas tienen peores resultados.
- La proporción de médicos especializados que se requieren es menor en los sistemas regionalizados.
- En los sistemas regionalizados la MM es menor

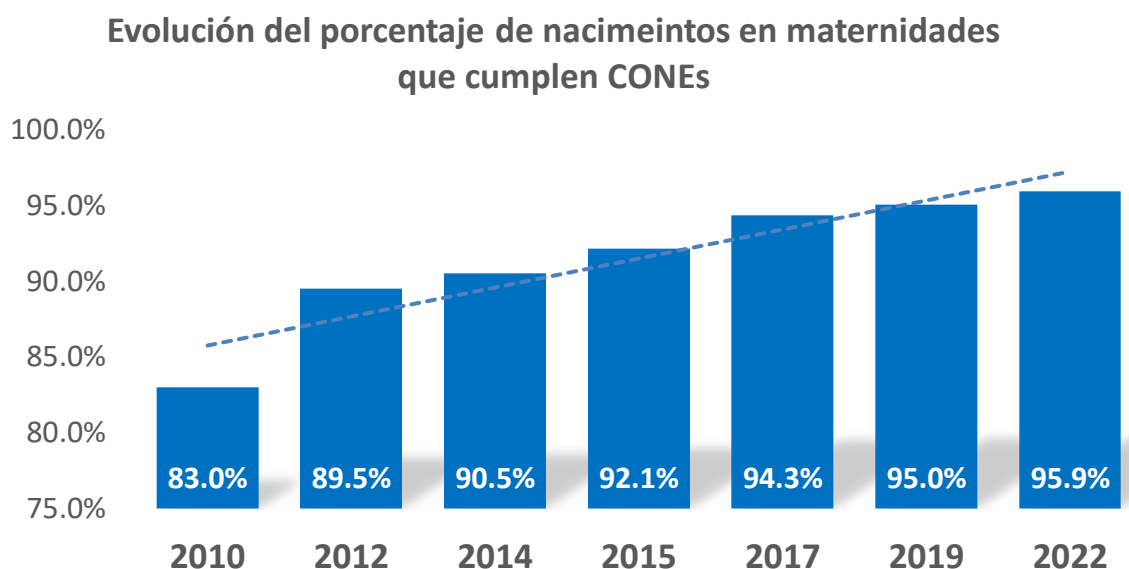
A partir del **Plan de reducción de la mortalidad maternoinfantil, de la mujer y adolescentes** se inició en el 2011 desde el Ministerio de Salud con la firma de convenios con las provincias, que fijaron metas de reducción de la mortalidad maternoinfantil y se inició en cada una de ellas el proceso de regionalización perinatal con apoyo del nivel nacional²²

Proceso que aún continúa y que debe considerar redes interjurisdiccionales como ocurre entre la provincia de Bs As y CABA que organizó los Corredores perinatales del AMBA.

EVOLUCION CUMPLIMIENTO DE CONE en MATERNIDADES 2010-2022

El primer paso para avanzar en la Regionalización de la Atención Perinatal fue conocer las características de los establecimientos de salud públicos donde se atendían partos y en este primer relevamiento, lo que llamó la atención fue la cantidad de efectores que no cumplían con las CONEs. Cuanto más chicos resultaron estos efectores, mayores dificultades en el cumplimiento de las CONEs. Esto se traducía en que las maternidades más grandes del país, que concentraban el mayor número de partos, generalmente contaba con todos los requisitos para que fueran maternidades seguras, y por ello 83% de los nacimientos se

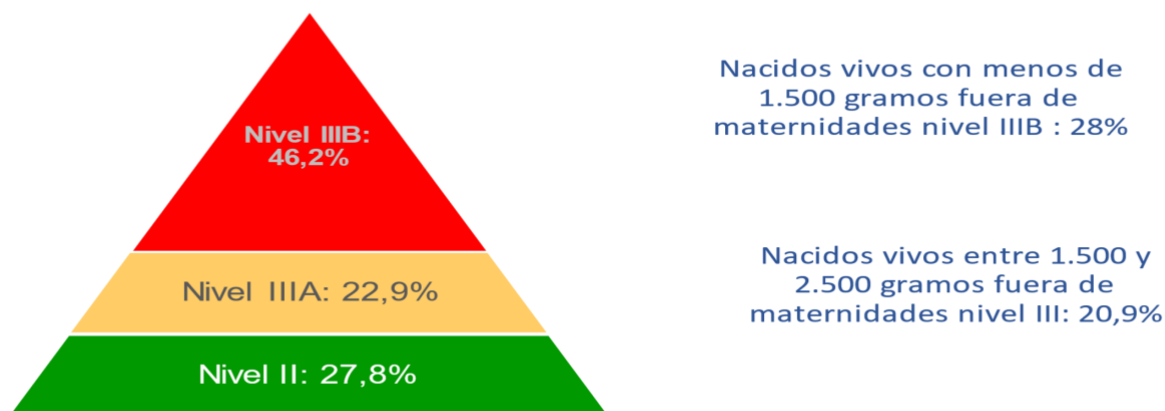
concentraban en las maternidades con CONEs, mientras 17% de los nacimientos no contaba con las condiciones de seguridad mínimas establecidas por la OMS. El sostenimiento y profundización de esta política, ha permitido llegar al año 2022 con una reorganización de los servicios gracias a la cual el porcentaje de nacimientos en maternidades que no cumplen las CONEs se ha reducido a 4,1%, Si bien quedan desafíos por profundizar estos cambios, todavía hay jurisdicciones donde más de 10% de los nacimientos ocurren en establecimientos sin CONEs.



Además del requisito del cumplimiento de las CONEs, es necesario garantizar que cada nacimiento se produzca en una maternidad del nivel de complejidad que determine el riesgo de la persona gestante y la persona recién nacida. A pesar de los esfuerzos y los avances conseguidos, todavía quedan circuitos por corregir y garantizar ya que 28% de los nacimientos de nacidos vivos de menos de 1500 grs ocurren fuera de las maternidades IIIB

y 20,9% de los nacimientos entre 1500 y 2500 gramos ocurren en maternidades nivel II.

Nacimientos según nivel de complejidad. Maternidades Públicas. Argentina. 2021



*3,1% corresponden a nacimientos en efectores de salud que no cuentan con las CONES

Fuente: MSAL, SIP. 2021.

Con respecto al Sector NO Oficial: OBRAS SOCIALES y PREPAGOS:

Los establecimientos de salud privados (hospitales, clínicas y sanatorios de financiamiento privado) son habilitados por las autoridades jurisdiccionales.

El avance sobre el cumplimiento de las CONEs, así como de la categorización de las maternidades, para establecer el nivel de complejidad que pueden resolver depende de la definición jurisdiccional, que se acompaña desde el nivel nacional.

La provincia del Neuquén, a través de la Obra Social Provincial, en el año 2006, 2007 y 2008 evaluó las clínicas privadas y las categorizó según nivel de riesgo. El pago del parto quedó condicionado a que se hubiera realizado en la clínica según nivel de complejidad correspondiente al riesgo.

La provincia de Mendoza evaluó a los sanatorios y clínicas privadas en un proceso que se concretó en el 2019 con la Resolución 3009/19/09/2019.

En estos momentos, las provincias de La Pampa, Chubut y La Rioja están comenzando el proceso de evaluación de los efectores privados.

En muchas provincias el sector privado no tiene neonatologías de complejidad y los RN prematuros o con patología son derivados del sector privado al público luego del parto, lo cual ensombrece el pronóstico en los casos de riesgo.

Es con el concepto de MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA con el que debemos trabajar. En nuestro país más del 99% de los partos son institucionales, las condiciones de calidad de la atención no están aseguradas en todas las instituciones y en muchas no se da cumplimiento a la Ley de parto respetado. (Ley 25.929).

Además del cumplimiento de las CONEs, el Ministerio de Salud trabaja en la plena implementación de la Ley de parto respetado, la ley de violencia obstétrica, la ley de derechos del paciente.

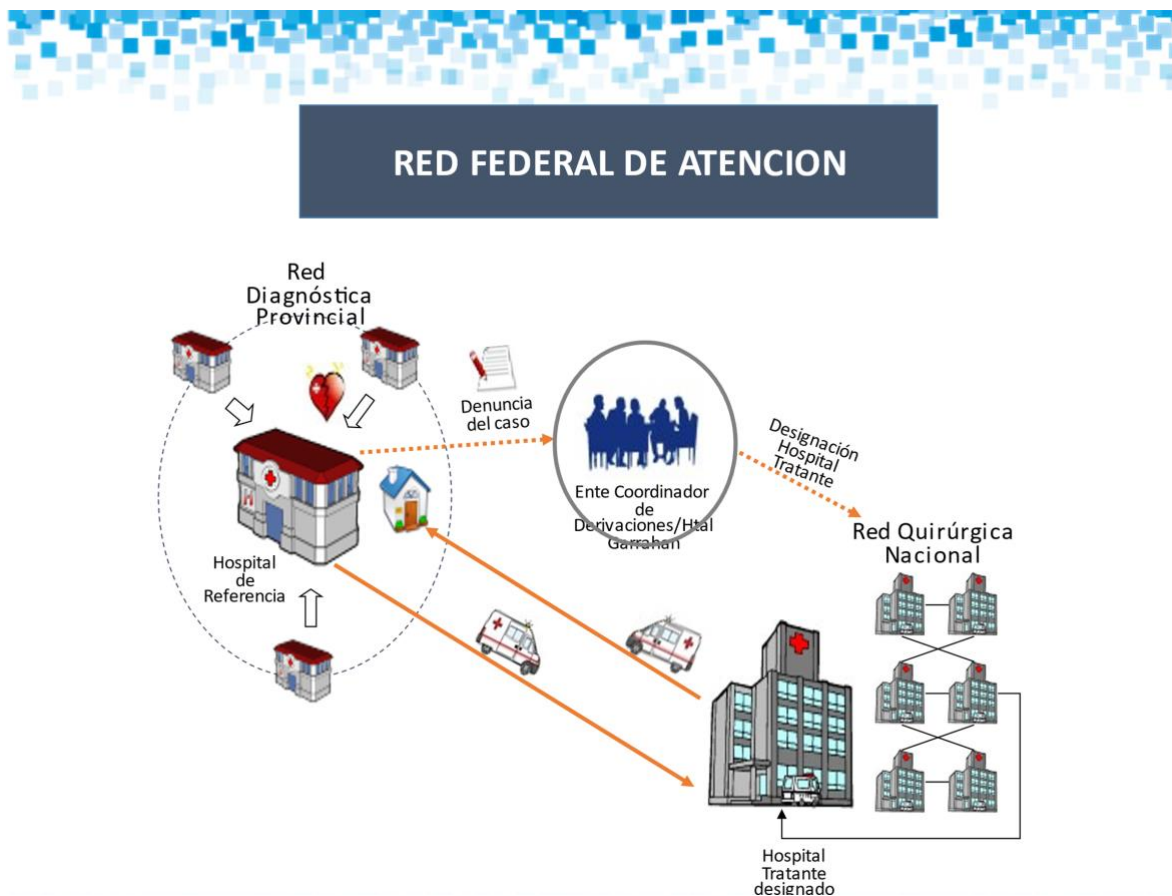
En este sentido, se están elaborando las Recomendaciones Obstétricas y Neonatales (RON), que se enmarcan en la necesidad de favorecer los procesos de mejoras en la calidad de atención y cumplimiento de los derechos de las personas gestantes, sus hijas e hijos, en los efectores que atienden partos dependientes de los tres subsistemas de Salud. Asimismo, sirven para precisar las tareas, acciones y conductas que los servicios perinatales, y las instituciones sanitarias en general, deben contemplar para hacer efectivas las leyes 25.929 (Parto Respetado) y 27.611 (Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia – 1.000 Días).

Las RON son complemento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), actualizadas bajo la Resolución 670 de 2019 del Ministerio de Salud de la Nación.

2.PROGRAMA NACIONAL DE CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

El Programa Nacional fue creado en el año 2008 por resolución Ministerial del Ministerio de Salud de la Nación N°: 107/2008, con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil por esta causa, conformando una red federal de atención con criterios de diagnóstico y derivación, garantizando los circuitos y los recursos necesarios para dar respuesta a una lista de espera para resolución quirúrgica de estas malformaciones que superaba los 1500 niños y niñas en el año 2008 y que en el corriente año, se reduce a los casos que no se encuentran en condiciones clínicas de someterse a una intervención quirúrgica. Es decir que luego de 14 años de sostenimiento, fortalecimiento y ampliación del programa, los niños y niñas que se encuentran en lista de espera son por sus condiciones clínicas y no por la falta de respuesta del sistema de salud.

Durante estos 14 años el programa ha ido incorporando centros tratantes, recursos quirúrgicos, capacitaciones a equipos en el diagnóstico y la búsqueda activa de casos, y en el año 2022 ha avanzado en capacitaciones para fortalecer el diagnóstico prenatal de estas malformaciones. A mediados de abril del corriente, el Congreso de la Nación ha convertido en ley la creación de este programa nacional de cardiopatías congénitas.



3. PRGRAMA NACIONAL DE SALUD RESPIRATORIA:

Las enfermedades respiratorias eran la segunda causa de muerte postneonatal (28 a 365 días de vida) en nuestro país hasta el año 2019. A partir del año 2020, como se señaló, la reducción de las muertes postneonatales en el marco de la pandemia COVID 19 y las medidas de higiene respiratoria y aislamiento de sintomáticos, han contribuido a la reducción de este grupo de causas.

Este impacto de las políticas sanitarias de respuesta a la pandemia, se sumaron a los esfuerzos sostenidos durante la última década para el fortalecimiento del sistema de salud

de cara al aumento de la demanda durante los meses del invierno, conocido como “Campaña de Invierno” que tiene como objetivo fortalecer el trabajo realizado para mejorar la atención de la patología respiratoria aguda. Estas campañas anuales recopilan el consenso de los expertos y actualizan las recomendaciones sobre el abordaje de estas patologías en niñas y niños pequeños, capacitan a los equipos de salud en estrategias como la INTERNACIÓN ABREVIADA que ha sido la estrategia organizativa para la atención de los niños con IRAB en las guardias durante el invierno. También se fortalecen los servicios de Pediatría y de Terapia Intensiva Pediátrica a través de la capacitación y la provisión de insumos, mejorando la disponibilidad de camas críticas. Se sumó además la capacitación en el uso de las cánulas de alto flujo para el tratamiento en internación de este grupo de patologías y en 2023 se están equipando los principales servicios de atención pediátrica para incorporar este recurso terapéutico. Para garantizar el mejor aprovechamiento de este insumo, se elaboró, junto con expertos externos en Cuidados Críticos Pediátricos, un Curso virtual para equipos de salud sobre TERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO en pacientes de 1 a 24 meses con dificultad respiratoria moderada disponible en la Plataforma Virtual de Salud del Ministerio de Salud de la Nación de la que han participado 670 integrantes de los equipos de salud seleccionados por las jurisdicciones.

4. PROMOCION DE LA LACTANCIA HUMANA:

La lactancia es una estrategia de comprobada costo-efectividad para proteger la salud de las niñas y niños durante los primeros años de vida. Para fortalecer la adhesión a la lactancia, desde el Ministerio de Salud de la Nación se fomenta la incorporación de Hospitales y Centros de Salud “Amigos de la lactancia”, que sean promotores de la lactancia. También se promociona y avanza en la incorporación de “Espacios amigos de la lactancia” espacios de trabajo que visibilicen y respeten el derecho de las personas que amamantan a extraerse y conservar su leche en condiciones adecuadas de respeto e intimidad.

5.VACUNAS:

La Ley 27491 tiene por objeto regular la implementación de una política pública de control de las enfermedades prevenibles por vacunación.

La compra y distribución por parte del Ministerio de Salud de la Nación, la universalización del cumplimiento del calendario de vacunas así como la ampliación de las vacunas incorporadas al mismo, garantiza el acceso de cobertura para la prevención de enfermedades respiratorias inmunoprevenibles que causan morbilidad infantil.

Argentina ha ampliado su calendario de vacunas, convirtiéndolo en uno de los más amplios de la región.

6. PROGRAMA NACIONAL de SUEÑO SEGURO

Con el antecedente del interrumpido Programa QUNITAS y con el propósito de contribuir al Sueño Seguro del Lactante, según lo establecido por la Ley 27611/20 o Ley 1000 días”, el Ministerio de Salud de la Nación solicitó la conformación de un grupo de trabajo “ad hoc”, integrado por expertos que durante el 2020 participaron en la elaboración de la Estrategia de Sueño Seguro del Lactante. El Grupo de Trabajo estuvo integrado por expertos de los Departamentos Diseño Industrial, Mueble y Madera, Caucho y Textiles del INTI, de la Cátedra Rondina de Diseño Industrial de FADU/ UBA, del Comité de Prevención de Lesiones de la Sociedad Argentina de Pediatría, de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez a quienes se sumaron el estudio de Diseño Industrial Polenta y el ENCOPE (Ente de Cooperación Técnica y Financiera del Servicio Penitenciario Federal) como primer productor del kit.

El kit de sueño seguro está diseñado para bebés hasta los 6 meses de edad y/o 7 kg de peso. Está compuesto por una cuna-moisés, ropa de cama, ropa para el bebé y ropa para la persona gestante, y la elaboración de materiales de capacitación para las familias, para la comunidad y para los equipos de salud sobre la protección del sueño y las pautas para la prevención de la muerte súbita y la muerte por colecho.

7 .Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, Ley 27.611: Ley Nacional, conocida como la Ley 1.000 días sancionada en diciembre del año 2020 y que tiene entre sus objetivos disminuir la mortalidad en personas gestantes y en menores de 3 años, pero además pone el foco en el cuidado integral de la salud, favoreciendo el inicio y el sostenimiento de la lactancia, acompañando la incorporación de alimentos para promover una alimentación adecuada y favoreciendo el acceso a nutrientes

esenciales, protegiendo y estimulando los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional; y previniendo las violencias.

Esta ley refuerza la potencia de las acciones llevadas a cabo desde el ministerio nacional para el fortalecimiento de los ministerios provinciales en las políticas de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia.

Además, en el marco del cumplimiento de la ley se realizan capacitaciones para los equipos que contribuyen al cuidado en estos grupos (no solamente a equipos de salud), y se articulan acciones con otros ministerios y organismos, gracias a lo cual se ha podido lograr:

- La Asignación Universal por Embarazo (AUE) pasó de tener seis mensualidades a nueve para abarcar la totalidad de la gestación.
- Se amplía el pago por nacimiento y por adopción a quienes reciben la Asignación Universal por Hijo (AUH), hasta ahora excluidas de este beneficio.
- Asignación Universal por Cuidado de la Salud Integral, que implica un pago anual adicional para aquellas las familias que logran cumplir con algunas pautas del cuidado de la salud (vacunación y control sanitario de niño o niña menor de tres años).
- Complemento Alimentario Plan 1000 Días: Incorporación a la AUH y a la AUE de un monto mensual adicional para la adquisición de alimentos saludables.
- Provisión pública y gratuita de productos esenciales durante el embarazo y para la primera infancia, como medicamentos, vacunas, leches según indicaciones (fórmula de inicio, fórmula para prematuros y para pacientes con fenilcetonuria) y alimentos.
- Fortalecimiento de los Controles del embarazo, con el objetivo de mejorar la calidad y la oportunidad de los controles del embarazo se actualizan las guías y recomendaciones a partir de las cuales se realizan capacitaciones a los equipos, sobre la importancia del diagnóstico prenatal y la identificación de riesgo que requieran atención de mayor nivel de complejidad. La identificación temprana de factores de riesgo, la planificación de los embarazos y el asesoramiento genético son importantes herramientas en la prevención de las anomalías congénitas. El acceso de nuestra población al diagnóstico prenatal es actualmente desigual, por ello se

está trabajando en una propuesta para que todas nuestras embarazadas tengan los beneficios del diagnóstico prenatal en condiciones de calidad y seguridad.

- Política Integral para el Desarrollo Infantil, donde los distintos ministerios confluyen y acuerdan sobre el abordaje de las necesidades locales de soluciones para el cuidado del desarrollo infantil.
- Conformación de un *Kit de Lactancia*, que ha adquirido el Ministerio de las Mujeres y Diversidad y que junto al Ministerio de Salud se distribuye y capacita en los criterios de entrega y los cuidados para su uso correcto, para acompañar a las personas que deciden amamantar a retomar sus actividades habituales (trabajo/educación) sin verse obligadas a interrumpir la lactancia.
- *Fierritas*: desarrollo de producción nacional de fumarato ferroso microencapsulado para la prevención de anemia carencial en la infancia.
- *Kit Sueño Seguro*: para bebés hasta los 6 meses de edad y/o 7 kg de peso, compuesto por una cuna-moisés, ropa de cama, ropa para el bebé y ropa para la persona gestante.
- *Consenso Primera Hora de Vida*: que provee herramientas para el mejor acompañamiento sin intervenciones innecesarias durante la primera hora de vida para favorecer el apego, la incorporación de la lactancia, el vínculo y el desarrollo infantil.

8.- PLAN SUMAR

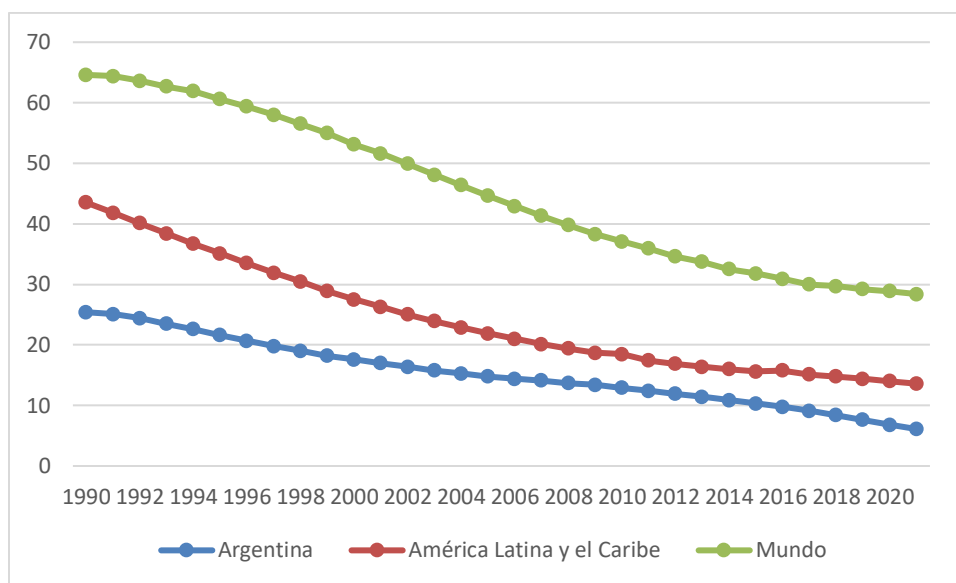
El Plan SUMAR, Plan NACER en sus inicios, es un incentivo económico por prestaciones maternoinfantiles, extendiéndose a otras poblaciones en las modificaciones del plan. Fue decisivo su apoyo a las políticas maternoinfantiles, en especial en el proceso de regionalización, dado que solo financió partos en maternidades con CONE, así como el apoyo económico en las prestaciones del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.

LA MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA Y SU SITUACION EN EL MUNDO

La Tasa de Mortalidad Infantil presenta un descenso importante en todo el mundo, pero menor en comparación a la Argentina. Mientras entre 1990 y 2021 en Argentina se constató un descenso de 70% para la TMI; en el mundo, el descenso fue de 56% y en América Latina de 68%

En la última década, la TMI en Argentina descendió 27,9%, en el mundo 18% y en América Latina 19,5%.

Evolución de la TMI en Argentina, el mundo y la región de América Latina y el Caribe. Años 1990 a 2021:



Fuente: BMI. Año 2021

Evolución de la mortalidad infantil en el mundo. Período 1950-2019. Fuente:

IHME. Global Burden of Disease (2019) Our World in Data ²³

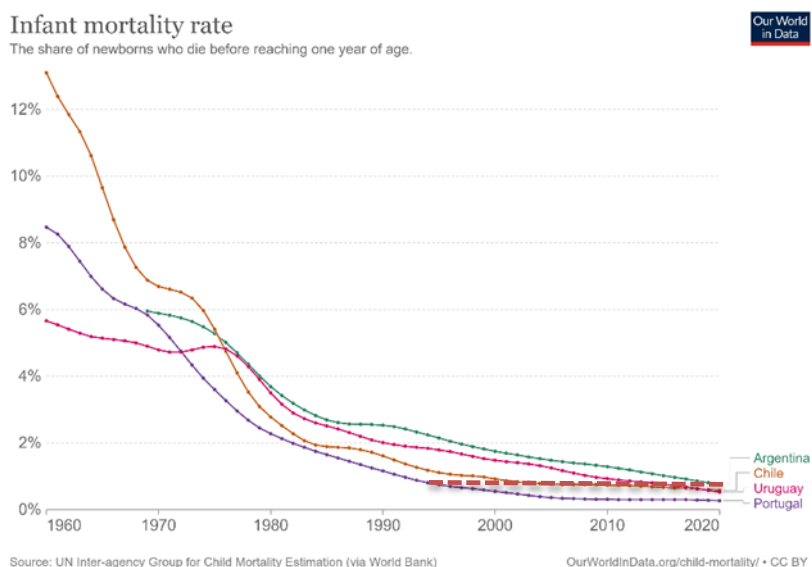
En el mundo, la reducción de la mortalidad en la infancia se produjo a expensas de los grupos de mayores edades, donde las causas de muerte estaban relacionadas con las diarreas, neumonías, enfermedades infectocontagiosas como el sarampión y la meningitis. La incorporación de las vacunas y sus avances han permitido impactar en el

descenso de este grupo de causas. Así mismo, se ha difundido y profundizado el alcance y la incorporación del tratamiento antimicrobiano (particularmente antibacteriano) así como el manejo hidroelectrolítico gracias a las sales de rehidratación oral o la reposición parenteral de líquidos y electrolitos.

Las causas de muerte en los niños más pequeños son muy diferentes. Las complicaciones prenatales y posnatales, que son la principal causa de muerte en los primeros días de vida, no se pueden prevenir directamente con este tipo de intervenciones. Los menores de 1 mes mueren sobre todo por parto pretérmino, complicaciones vinculadas al parto e infecciones como sepsis, meningitis y neumonía. Según estimaciones de OMS y del grupo de evaluación de Epidemiología Materno-Infantil; en 2017, en el mundo, el 35% de los decesos neonatales se debieron a complicaciones asociadas con el parto pretérmino, 24% a eventos intraparto como la asfixia perinatal, 14% a sepsis o meningitis y el 11% a anomalías congénitas. Cuando se compara las diferencias en las causas de muerte entre los años 2000 y 2017 se observa un aumento de la supervivencia por eventos producidos durante los partos y en la superación de las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo se va incrementando la proporción de decesos vinculados a la prematurez y a las anomalías congénitas.

En la figura siguiente la línea roja horizontal cruza los años en que los tres países comparativos presentaban la mortalidad infantil de Argentina 2020. Uruguay, Chile y Portugal, con mortalidades infantiles significativamente inferiores a la Argentina comenzaron a tener mejores resultados que Argentina: Uruguay en 1974, Chile en 1975 y Portugal en 1969, diferencias que se mantienen hasta la actualidad.

Evolución de la tasa de mortalidad infantil en Argentina, Chile, Uruguay y Portugal- Periodo 1960-2020 (tasa %)²³



El mayor desafío que cuenta Argentina actualmente para continuar descendiendo el riesgo de muerte durante el primer año de vida consiste en una respuesta integral del sistema de salud para la atención integral de la prematuridad, que inicia sus estrategias en el cuidado del embarazo desde sus primeras etapas, la identificación de riesgo, las intervenciones basadas en evidencia en instituciones que aseguren el nivel de complejidad que la atención requiera y la Regionalización de la Atención Perinatal que asegure el cuidado de alta complejidad que la atención neonatal requiere.

En este sentido, entre los países que mayor descenso han presentado en la TMI, cabe señalar el camino emprendido por Portugal¹³. En 1985 Portugal era el país con mortalidad infantil más elevada (17,8‰) en el contexto de la unión europea (media de 9,5‰). Cinco años después, en 1990 la mortalidad infantil en Portugal había descendido a 5,5‰, y en 2010 a 3,1‰, siendo el 5° país de Europa con menor mortalidad infantil^{24,25}

Alcanzaron estos resultados disminuyendo la mortalidad neonatal con un programa nacional a cumplir en 9 años propuesto por un Comité de Expertos, nombrado por el Ministerio de Salud en 1987.

En 1989 el Comité recomendó cambios estructurales que dieron como resultado el Sistema de Salud Perinatal actual. Se acordó un programa de 9 años a realizar en 3 etapas. Se implementó: 1) cierre de maternidades con <1500 partos/año; 2) categorización de los hospitales en niveles I, II y III; 3) unidades funcionales de coordinación entre los hospitales y los centros de salud locales; 4) capacitación en neonatología en post-grado (inicialmente 6 meses y luego de 1 año), que empezó en 1990; 5) creación de la red perinatal de hospitales de referencia (norte, centro y sur). 6) provisión de unidades de terapia intensiva neonatal a los niveles III y terapia intermedia neonatal a los niveles II; determinación de los requerimientos de médicos y enfermería; 8) creación del sistema de transporte nacional, enfatizando el traslado in útero y proveyendo el transporte para los recién nacidos.

Portugal tiene un Sistema Nacional de Salud público con acceso a toda la población, financiado con impuestos y administrado por el gobierno central y los gobiernos regionales. Existe un sector privado que también provee internación. En 2010 el 80% de los pacientes que requerían internación fueron atendidos en el sector público.

La Sociedad Argentina de Pediatría tiene 19000²⁶ afiliados activos. En Portugal hay 1500²⁷ pediatras. Argentina tiene 4,7 veces más pediatras por cada 1000 habitantes que Portugal. La capacitación para la formación de subespecialistas en neonatología empezó en Portugal en 1990, en Argentina la residencia de neonatología existe desde 1968 en la Maternidad Sardá y desde 1972 en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata. La mortalidad infantil que hoy tiene la Argentina es la misma que tenía Portugal hace 29 años.^{23 con modificaciones}

Cuáles son los próximos desafíos a resolver para seguir avanzando en la disminución del riesgo de morir en el primer año de vida en Argentina?

Finalmente, en una breve síntesis de los principales puntos que resultan imprescindibles abordar para disminuir el riesgo de muerte en el primer año de vida cabe señalar:

- **Regionalización de la Atención Perinatal** para continuar avanzando en la implementación de esta estrategia, es necesario entender el contexto de contracción de los nacimientos, lo cual obliga a readecuar la organización del sistema, ya que, como se ha señalado, en maternidades con bajo caudal de nacimientos, los resultados en cuidado materno y neonatal no aseguran los estándares mínimos de calidad. La atención oportuna de las gestantes, la derivación según riesgo, activar corredores perinatales con coordinación de obstetras y neonatólogos. Incorporar al Sector no oficial a la evaluación de los servicios de maternidad. Una Ley de Regionalización Perinatal Nacional que incluya a los tres sectores podría contribuir al ordenamiento y fortalecimiento de la red de atención perinatal a nivel de todo el país, estableciendo regiones y condiciones de articulación y derivación, que mejorarían los resultados en el cuidado materno y neonatal. Más maternidades es menos en la atención perinatal sino se regionaliza la atención.
- **Control prenatal:** El cuidado del embarazo resulta imprescindible, desde el primer trimestre y con un mínimo de 8 controles. Para ello, los obstáculos que hoy existen para el acceso al control de salud deben eliminarse, para ello, estrategias como el “camino verde” para la atención de gestantes, que garantice su atención inmediata en centros de salud y hospitales , la identificación de riesgos, incorporando los screenings del 1er y 2do trimestres, organizar Hospitales de día para completar estudios y evitar traslados innecesarios, campañas de difusión pública sobre la importancia del control precoz y continuo del embarazo, así como el trabajo conjunto con los promotores y equipos de trabajo territorial que aseguren la búsqueda activa de gestantes que no concurren a los controles.
- **Diagnóstico prenatal:** el screening del 1º trimestre requiere un nivel de respuesta en algunos casos, con análisis genéticos que aún no garantiza nuestro sistema de salud a la población del sector público, pero que está a disposición de las gestantes con cobertura de obra social o prepago. Es necesario, entonces, empezar a transitar

el largo proceso de identificar las oportunidades de fortalecimiento de laboratorios que puedan desarrollar capacidad de resolución regional e ir construyendo las redes y circuitos regionales para poder plantearnos a mediano plazo el cumplimiento de estos estándares de cuidado indispensables para nuestra población, y que impactarán en el descenso de la morbilidad neonatal.

- **Calidad de los Servicios de obstetricia y neonatología** es necesario mejorar continuamente el funcionamiento de los servicios, promoviendo la Capacitación en Servicio, con apoyo de servicios locales, regionales o de referencia nacional según el nivel que se requiera. Promover atención continuada con reducción de las horas de guardia. Neonatólogos solo para la terapia intensiva neonatal, los pediatras deben asumir el rol del cuidado del recién nacido normal. Enfermeras capacitadas y en número según complejidad de los servicios.
- **Seguimiento de los nacidos vivos que presentan morbilidades al alta de los servicios de neonatología o pediatría:** los nacidos vivos prematuros, con cardiopatías congénitas u otras malformaciones, enfermedades poco frecuentes, o cualquier condición que requiera cuidados específicos sobre su crecimiento, requieren la construcción de redes de atención, de referencia y contrareferencia, con el apoyo de las teleconsultas, que faciliten el seguimiento cerca del hogar en la mayor parte de los controles, con las garantías de una derivación temprana y adecuada en los casos necesarios, con el acceso garantizado a los estudios complementarios y a la consulta con los especialistas en los momentos que lo requieran.
- **Política de RRHH a nivel Nacional:** Actualmente, y particularmente postpandemia, el sistema de salud se encuentra atravesando una crisis de replanteo de las condiciones laborales, sobre los salarios, la carrera profesional, la necesidad de incentivos por capacitación que resultan indispensables incluir en cualquier planificación de los recursos a mediano y largo plazo.
- **Necesidad de jerarquización de los profesionales de la salud:** En esta nueva discusión sobre el recursos humano en salud resulta indispensable jerarquizar y

establecer los roles y funciones dentro del sistema de salud de cada una de las profesiones que conforman cada equipo, para distribuir mejor las tareas, mejorando el acceso y la calidad de los cuidados, involucrando en el rol adecuado a los profesionales de enfermería, obstetricia, kinesiología, nutrición y salud mental

- **Ley de ejercicio profesional de las licenciadas en obstetricia** a Nivel nacional que reconozca sus incumbencias, presentada al Congreso Nacional en varias oportunidades y que garantizaría la calidad y el acceso al cuidado integral del embarazo y la identificación de riesgos.

BIBLIOGRAFIA

1. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica año 2021. www.deis.msal.gov.ar/
2. Regionalización de la atención perinatal, Documentos. Mayo 2010. OPS, Ministerio de Salud de la Nación.
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000176cnt-n02-regionalizacion.pdf>
3. Regionalización de la Atención Perinatal 2018
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28487/2011-ARG-regionalizarion-atencion-perinatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. De Sarasqueta P: "Cuál es el modelo?" Editorial. Rev.Hosp.Mat.Inf.Ramón Sardá 2001.20(2)
5. Speranza A, Lomuto C, Santa María C, Nigri C, Williams G. Evaluación de Maternidades Públicas Argentinas 2010-2011. Revista Argentina de Salud Pública. Diciembre 2011; Vol. 2 – N° 9; 43-47.
6. Schwarcz A, Karolinski A: "Caracterización de la atención del embarazo en el sector público de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Noviembre 2008
7. Swyer PR. The regional organization of special care for the neonate. Pediatr. Clin N. Am. 1970;17:761-76.

8. Committee on Perinatal Health. Toward improving the pment of maternal and perinatal health services. Whiteoutcome of pregnancy: recommendations for the regional develo Plains, New York: The National Foundation-March of Dimes, 1976.
9. Berger GS et al: The evaluation of regionalized perinatal health care programs. Am J Obstet Gynecol 1976;125:924-3.
10. Cambell K: Assessment of regionalized perinatal programs. J.Dev. Physiol 1991;15:125-31.
11. Ozminkowski RJ et al: ;Inborn/outborn status and neonatal survival: a meta-analysis of non randomized studies.Stat.Med 1988;7:1207-1221.infant. J Pediatr 90:11
12. ZeitlinJ, Papiernik E et al: Regionalization of perinatal care in Europe.Seminars in Perinatology 2004.9:99-110.
13. Neto MT: Perinatal care in Portugal: effects of 15 years of a regionalized system. Acta Paediatrica, 2006; 95: 1349-1352.
14. Paneth N et al: Age at death used to assess the effect of interhospital transfer of newborns. Pediatrics.1984;73:854-861.
15. Cifuentes J et al: Mortality in low birth weight infants according to level of neonatal care at hospital of birth. Pediatrics 2002;109:45-51.
16. Gortmaker S et al: The survival of very low-birthweight infants by level of hospital of birth: a population study of perinatal systems in four states. Am.J.Obstet.Gynecol.1985;152:517-524.
17. Verloove-Vanhorick SP et al: Mortality in very preterm and very low birth weight infants according to place of birth and level of care: results of a national collaborative survey of preterm and very low birth weight infants in the Netherlands. Pediatrics. 1988;81:404-411.
18. .Hamilton K et al:Nurse staffing in relation to risk-adjusted mortality in neonatal care.Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition 2007;92: F99-F103
19. Callaghan LA et al: Infant to staff ratios and risk of mortality in very low birthweight infants Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Ed 2003;88:F94-F97

20. Williams S et al:Nursing Staff requirements for neonatal intensive care. Archives of Disease in Childhood 1993;68:534-538
21. Van Reempts P: Characteristics of Neonatal Units That Care for Very Preterm Infants in Europe. Results from the MOSAIC study. Pediatrics vol 120 nº 4 2007:e815-e825
22. Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1087-2010-168921/actualizacion>
23. IHME. Global Burden of Disease (2019) Our World in Data
24. IHME. Global Burden of Disease (2019) Our World in Data
25. Max Roser et al.Published on line at Our World in Data.org (2013)
26. Sociedad Argentina de Pediatría: Memoria enero-diciembre 2021, Buenos Aires 2022.
27. T. Bandeira et al: Journal of Pediatrics 2016; 177 5:5142-7