

Información para la acción

Desafíos políticos y técnicos para alcanzar una tasa de 5‰ en el 2030

Por Ana María Speranza, Alberto Eduardo Schwarcz y Juliana Filkenstein

En el año 2021 se registró un descenso de la TMI al 4,8% con respecto al 2020, recuperando la tendencia al descenso. La cifra alcanzó su menor valor histórico al 8‰. Los factores y las políticas públicas que han permitido disminuir el riesgo

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador del estado de la salud de los niños y las niñas, de toda la población en su conjunto y de las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran. El siguiente artículo completa el informe publicado sobre el tema en la edición anterior y abre nuevos desafíos para un Estado presente.

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 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. La TMI y sus componentes son considerados unos de los indicadores más impor-

Ana María Speranza es Médica especialista en pediatría. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Ex Directora Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Consultora en temas materno-infantiles en los Ministerios de Salud de la Nación y de CABA. Directora del Centro de Estudios Mujer, Maternidad e Infancias de la Universidad ISALUD.

Alberto Eduardo Schwarcz es 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 Hospital 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.

Juliana Filkenstein es 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 de la Nación.

tantes, 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, 3.029 ocurrieron durante los primeros 27 días de vida y 1.209 entre el día 28 y el día 365. La TMI en el año 2021 fue de 8‰, la neonatal 5,7‰ y la postneonatal 2,3‰.¹ En el año 2021 se registró un descenso de la TMI de 4,8% con respecto a 2020, recuperando la tendencia al descenso, alcanzando su menor valor histórico de 8‰.

Cambios en la natalidad

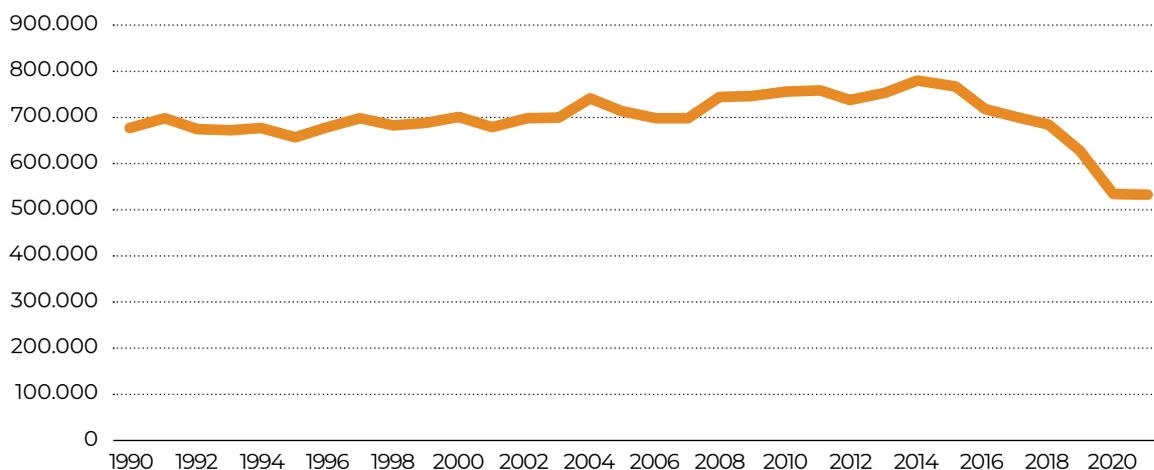
Desde 1990 y hasta 2021 se observa una variación en el número absoluto de nacidos vivos con ascensos im-

portantes 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.

Qué políticas públicas contribuyen al descenso

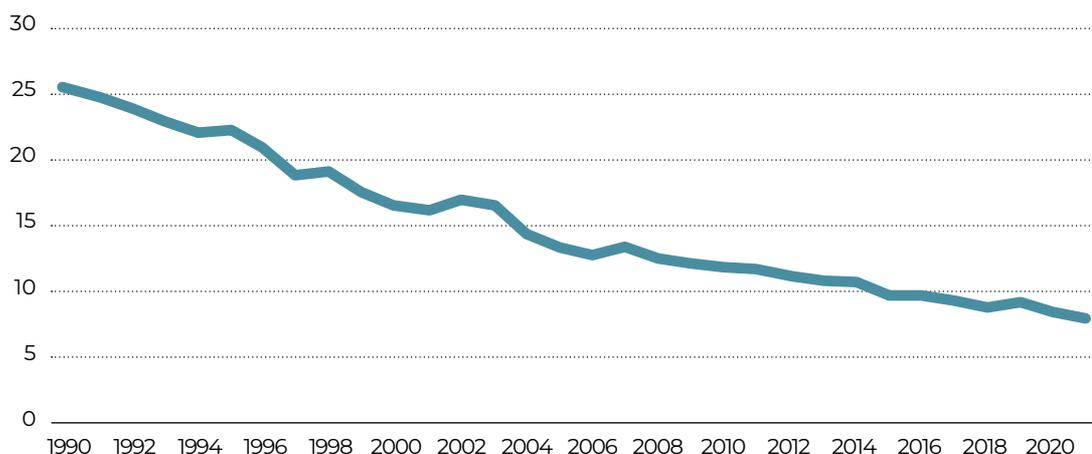
La Dirección Nacional de Salud Sexual con su marco normativo Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002), Ley Nacional N° 26.150 de creación del Programa Nacional de educa-

Evolución del número de nacidos vivos anuales. 1990-2021



Fuente: DEIS: MSAL: 2021

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



Fuente: DEIS: MSAL: 2021

ción sexual integral, la Ley Nacional N° 27610 “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo” (2021) han contribuido a garantizar el acceso universal a los métodos anticonceptivos, la implementación de la estrategia AIPE (Anticoncepción post evento obstétrico) en todas las maternidades, campañas de difusión, el avance de los movimientos feministas, cambios culturales, económicos, han impactado en el acceso al derecho de planificar el proyecto reproductivo en las personas gestantes.

Mortalidad infantil

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.

En la última década, se evidencia un descenso de 27,9% en la TMI, alcanzando su menor valor en 8‰ en el año 2021. 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 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.

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

Año	Defunciones infantiles	Nacidos Vivos	Tasa de Mortalidad Infantil
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 %	-48,5	-28,2	-27,9

Fuente: DEIS-MSAL. Año 2021

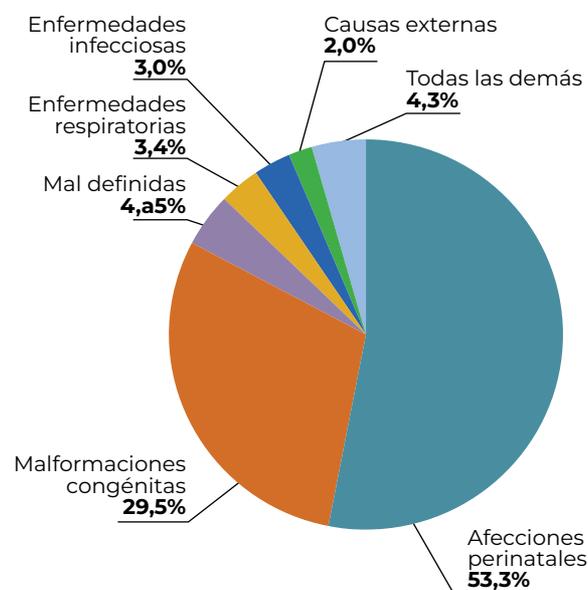
Estructura de la MI según las causas

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

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 2.500g y particularmente los nacidos con menos de 1.500g representan un grupo importante para la salud pública debido a su mayor vulnerabilidad, lo que se traduce en una mayor morbimortalidad. Mientras los nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor a 2.500 g) representan 6,1 % de los nacimientos y 18,1% de las defunciones infantiles; los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (menor a 1.500g), representan 1,1% de los nacimien-

Mortalidad Infantil según causas



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

tos 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 g es 14 veces mayor que los nacidos entre 1500 y 2500 g y 130 veces menor que los que nacen con más de 2500 g. 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.

La segunda causa de mortalidad infantil durante la última década fueron las malformaciones congénitas. Dentro de las malformaciones congénitas, las 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.

En tercer lugar aparecen las muertes infantiles con causa básica mal definidas, que incluye la muerte súbita del lactante (clasificación de la OMS). El mejoramiento de la información sobre la causa básica de muerte, constituye una necesidad para la planificación pública y seguimiento de política de salud.

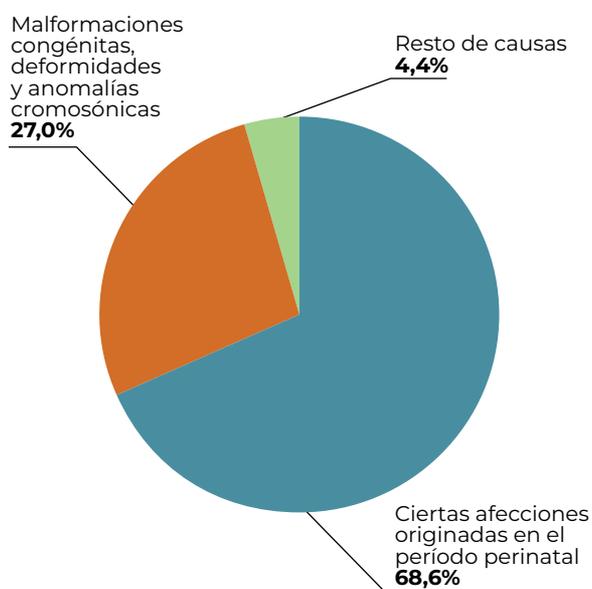
La cuarta causa fueron las enfermedades respiratorias, que en la última década ha descendido 62,5% (54,4% en los últimos 2 años). Es importante contextualizar este descenso y enmarcarlo dentro del impacto de las políticas implementadas durante la pandemia por COVID -19, que incluyeron desde la incorporación

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 lo cual impactó en la reducción de las defunciones infantiles por esta causa.

Mortalidad neonatal

Se registraron 3.029 defunciones neonatales y la Tasa de Mortalidad Neonatal fue de 5,7‰. Las causas de

Causas de mortalidad neonatal



Fuente: DEIS-MSAL. Año 2021

Nacidos vivos según intervalos de peso al nacer

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

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

mortalidad neonatal en 68,6% de los casos se debieron a afecciones perinatales en 27% a malformaciones congénitas.

MN Según intervalos de peso al nacer

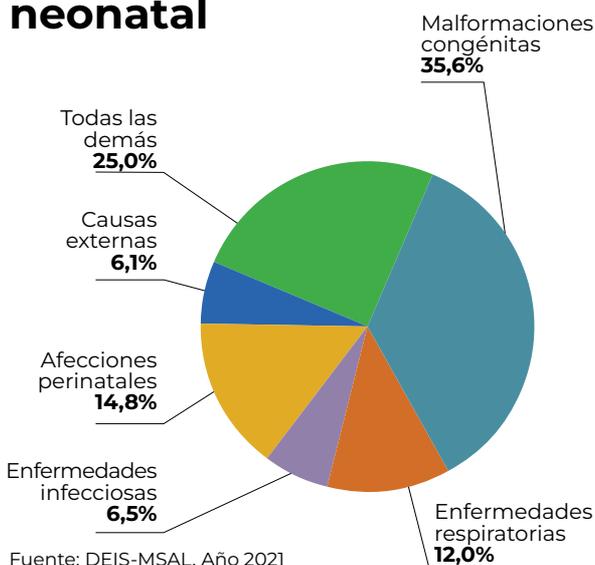
La importancia del peso al nacer adquiere mayor relevancia en este grupo etario. Como se mencionó, los nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor a 2.500 g) representan 6,1 % de los nacimientos, representan 18,1% de las defunciones neonatales; los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (menor a 1.500 g), representan 1,1% de los nacimientos y 53,3% 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 g es 16,8 veces mayor que los nacidos entre 1500 y 2500 grs y 203 veces menor que los que nacen con más de 2500 g.

Mortalidad Posneonatal

En el año 2021 se registraron 1.209 defunciones post-neonatales y la Tasa de Mortalidad Posneonatal fue de 2,3‰. La primera causa son las malformaciones congénitas 35,6%, seguidas por las afecciones perinatales (14,8%), las enfermedades respiratorias (12%), 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%).

Causas de mortalidad neonatal



Fuente: DEIS-MSAL. Año 2021

Principales políticas que contribuyen al descenso de la MI

1. Regionalización 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 Ex Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, hoy 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 OMS 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 morbimortalidad materno neonatal.

Las CONEs 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
- 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, 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



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.



Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

cursos.fecliba.org.ar

podieron analizar y describir los corredores sanitarios entre el conurbano y CABA. ⁶

A partir de estos estudios se tomó la decisión como política pública, basada en estos 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 para hacer efectivos estos derechos es la Regionalización Perinatal.

¿Qué significa Regionalización Perinatal?

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).

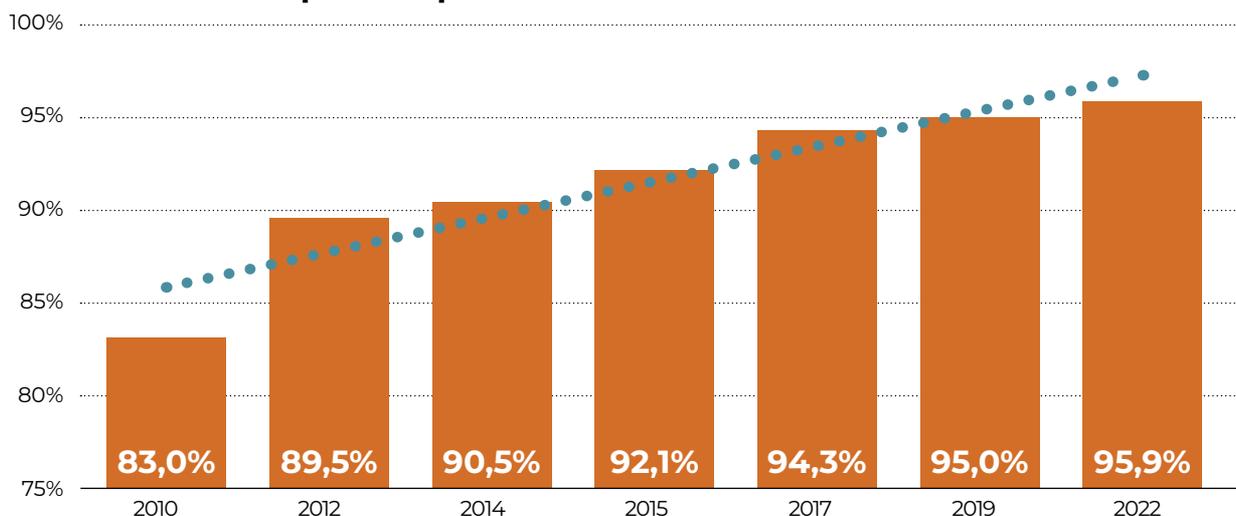
Todos los servicios de obstetricia y neonatología del sector público fueron categorizados según niveles de complejidad creciente: Nivel II (Bajo Riesgo) y Nivel III A o B, (Mediano y Alto Riesgo). La comunicación y el traslado son fundamentales para el funcionamiento de la Red. Las maternidades especializadas en atención a las embarazadas de alto riesgo deben contar con una casa de madres, también llamada residencia de madres, para la espera del parto por razones de distancias 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 Regionalización 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 insti-

Evolución del porcentaje de nacimientos en maternidades que cumplen CONEs



Fuente: DEIS-MSAL. Año 2021

tución 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 materno-infantil, 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 materno-infantil 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.

Evolución del cumplimiento de CONE 2010

El sostenimiento y profundización de la estrategia de Regionalización Perinatal ha permitido llegar al año 2022 con una reorganización de los servicios y reducir el porcentaje de nacimientos en maternidades que no cumplen las CONEs al 4,1%.

Asimismo, 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. En este sentido todavía quedan circuitos por corregir y garantizar ya que 28% de los nacimientos de nacidos vivos de menos de 1500g ocurren fuera de las maternidades IIIB y 20,9% de los nacimientos entre 1500 y 2500g ocurren en maternidades nivel II.

Con respecto al Sector No Oficial: Obras Sociales y Prepagas

Los establecimientos de salud privados son habilitados por las autoridades jurisdiccionales. El avance sobre el cumplimiento de las CONEs, así como de la categoriza-

ción de las maternidades, para establecer el nivel de complejidad depende cada jurisdicción, se acompaña desde el nivel nacional en las evaluaciones. 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. 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.

2. Programa Nacional de Cardiopatías 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 esta patología. A mediados de abril del corriente, el Congreso de la Nación ha convertido en ley la creación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.

3. Programa Nacional de Salud Respiratoria

Las enfermedades respiratorias eran la segunda causa de muerte postneonatal en nuestro país hasta el año 2019. A partir de 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.

4. Promoción de la lactancia humana

La lactancia es una estrategia de comprobada costo-efectividad para proteger la salud de las niñas y niños. 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”, como promotores de la lactancia.

5. Vacunación. Ley 27491

La compra y distribución por parte del Ministerio de Salud de la Nación, la universalización del cumplimiento del calendario de vacunas, la ampliación con las vacunas incorporadas garantiza el acceso de cobertura para la prevención de enfermedades respiratorias e inmunoprevenibles.

6. Ley 27.611.

Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, conocida como la Ley 1.000 días (2020) tiene entre sus objetivos disminuir la mortalidad en personas gestantes y en menores de 3 años. Esta ley refuerza las acciones llevadas a cabo desde este Ministerio 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.

7- Plan Sumar

El Plan Sumar, Plan Nacer en sus inicios, es un incentivo económico por líneas de cuidados materno-infantiles, extendiéndose a otras poblaciones en las modificaciones del

plan. Fue decisivo su apoyo a las políticas materno-infantiles, en especial en el proceso de regionalización, así como el apoyo económico en las prestaciones del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.

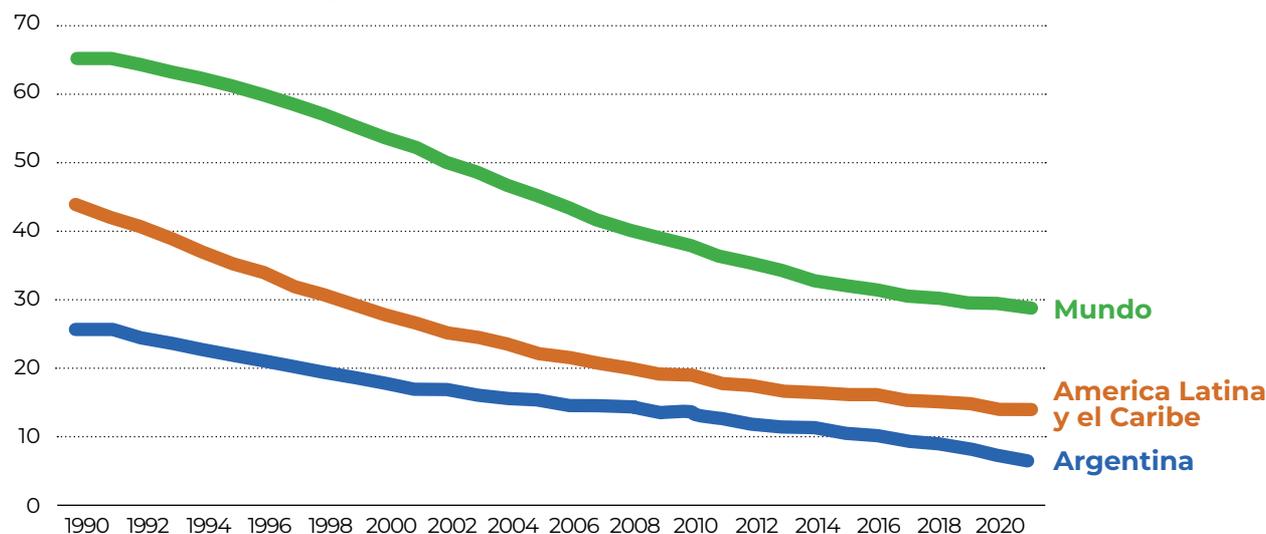
Hay otras acciones que por espacio no hemos desarrollado en este documento pero están desarrolladas en el texto completo, así como la bibliografía, que se pueden ver en el link que figura al final de este artículo en la página 72.

La MI en Argentina y su situación en el mundo

La Tasa de MI presenta un descenso importante en todo el mundo, 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%.

En el mundo, la reducción de la MI se produjo a expensas de los grupos de mayores edades, como sucedió en Argentina. Los menores de 1 mes como ya describimos mueren sobre todo por parto pretérmino, complicaciones vinculadas al parto e infecciones. 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 intrapartos como la asfíxia perinatal, 14% a infecciones y el 11% a anomalías congé-

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



Fuente: BMI. Año 2021²³

nitias. 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, incrementando la proporción de decesos vinculados a la prematuridad y a las anomalías congénitas.

En la figura siguiente la línea roja punteada 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.

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 para la atención de la prematuridad. En este sentido, entre los países que mayor descenso han presentado en la TMI, cabe señalar el camino emprendido por Portugal¹⁹. 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 MI en Portugal había descendido a 5,5‰, y en 2010 a 3,1‰, siendo el 5° país de Europa con menor mortalidad infantil²⁴. 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, la Regionalización perinatal fue la estrategia desarrollada.

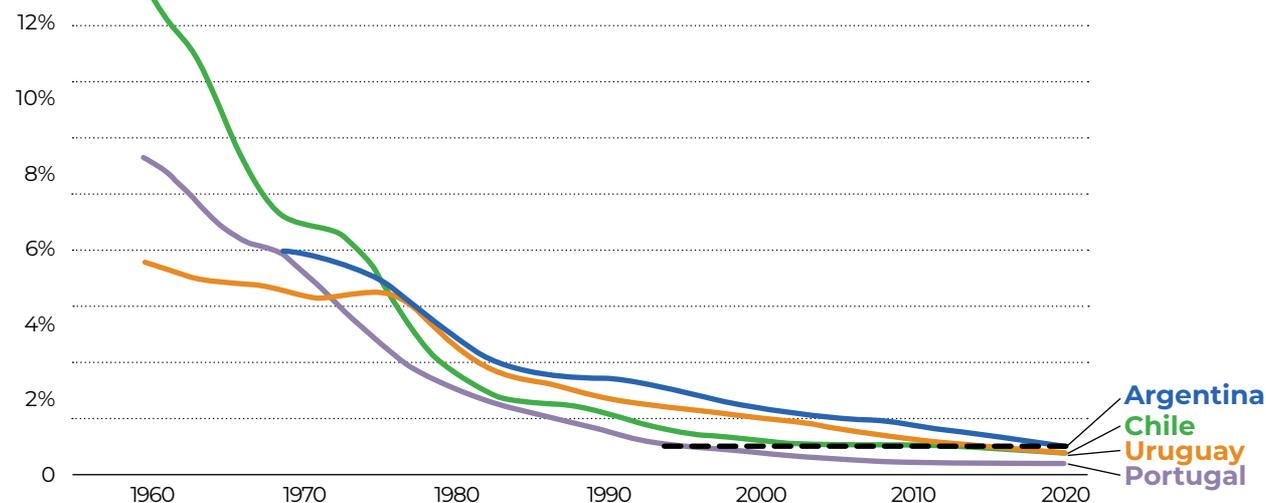
La Sociedad Argentina de Pediatría tiene 19000²⁵ afiliados activos. En Portugal hay 1500²⁶ pediatras. Argentina tiene 4,7 veces más pediatras por cada 1000 habitantes que Portugal. La capacitación para la formación de subespecialistas en neonatología empezó en Portugal en 1990, en Argentina la residencia 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

¿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?

Breve síntesis de las principales estrategias que resultan imprescindibles abordar para disminuir el riesgo de muerte en el primer año de vida, se requiere decisión política y técnica:

- Regionalización de la Atención Perinatal para continuar avanzando en la implementación de esta estrategia, es necesario entender el contexto de contracción

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



Fuente: UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (vía World Bank)

de los nacimientos, lo cual obliga a readecuar la organización del sistema, reduciendo el número de maternidades, concentrando partos.

- 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 prenatal 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 genético 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 desarrollar una política pública para garantizar el acceso al screenig del 1º y 2º trimestre de las gestantes del sector público.
- Calidad de los Servicios de obstetricia y neonatología es necesario mejorar 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 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.
- 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 recursos humanos.
- Necesidad de jerarquización de los profesionales de la salud: en esta nueva discusión sobre el recurso 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, como promueve la OMS. 

El texto completo de este documento, así como la bibliografía, se pueden ver escaneando el QR o en el siguiente link: https://ftp.isalud.edu.ar/news/links/Mortalidad_Infantil_Desafios_Politicos.pdf

