Salud

Argentina unida

Política Integral para la Prematurez

Noviembre 2021

100 días cuidar para transformar

Se agradece la contribución técnica y financiera de UNICEF Argentina
para el desarrollo de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella
no representan necesariamente los de UNICEF.

Destinatarios/as/es: Decisores políticos y agentes de distintas disciplinas que se desempeñan en los efectores de salud en los tres niveles de atención, dependientes de los tres subsectores que componen el sistema de salud a nivel nacional, provincial y municipal.

Se espera además que este documento sirva como herramienta para quienes cumplen funciones en los distintos organismos involucrados en el abordaje corresponsable de la prematurez, así como también para las sociedades científicas, universidades, organizaciones barriales y comunitarias.

Nota: Este documento fue elaborado en un lenguaje claro, accesible y no sexista.

Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Marcelo Bellone

Directora de Salud Perinatal y Niñez

Gabriela Bauer

Coordinación general

María Florencia Goldstein y Adriana Gorenstein

Elaboración de contenidos

Aldana Ávila
Sergio Balbiano
Alicia Matilde Benítez
María Julia Cuetos
Ingrid Di Marco
Patricia Fernández
María Florencia Goldstein
Adriana Gorenstein
Ricardo Nieto
Valeria Peralta
Josefina Pino
Ana Quiroga

Colaboraciones

Gabriela Bertani
Serena Biancotti
Eduardo Bologna
Andrés Bolzán
Delfina Camusso
Cristina Cipolla
Paola Escobar
Andrea Franck
Guadalupe Mangialavori
Élida Marconi
Maia Steinman
Nancy Taglialegne

Edición

María del Carmen Mosteiro

Un especial agradecimiento a José Villar, Profesor de Medicina Perinatal y Codirector del Instituto de Salud Materna y Perinatal de la Universidad de Oxford, quien nos acompañó con sus valiosos aportes durante el proceso de construcción colectiva de este documento.

Otro tanto para todas y todos los directores de Maternidad e Infancia de las jurisdicciones, los referentes de las áreas de gestión, equipos de salud, familias y redes, que contribuyeron con su respaldo y sus aportes a partir de los encuentros regionales realizados durante el mes de octubre de 2021.

Contenido

Presentación 9

1. Fundamentación 11

1.1. Determinantes de la salud integral y su relación con la prematurez 13

1.2. Antecedentes de planes y programas desarrollados desde Ministerio de Salud 17

1.3. Desafíos actuales: sobrevivir, prosperar y transformar 21

2. Estado de situación de la prematurez en Argentina 23

2.1. Evolución de la natalidad y la mortalidad asociada a la prematurez y el bajo peso al nacer 23

2.1.1. Evolución de los Nacidos Vivos Prematuros 23

2.1.2. Evolución de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer 25

2.1.3. Determinantes sociales de la mortalidad infantil, neonatal y por prematurez 27

2.1.4. Evolución de la mortalidad infantil y la sobrevida 29

2.1.5. Mortalidad infantil según criterios de reducibilidad 39

2.2. Prevención y atención especializada para reducir la prematurez y su impacto 41

2.2.1. Cuidado integral de la salud de las personas gestantes 41

2.2.2. Impacto de la regionalización en la sobrevida de las y los nacidos prematuros 46

2.2.3. Morbilidades y discapacidades asociadas a la prematurez 52

3. Marco normativo y conceptual 61

3.1. Marco normativo 61

3.1.1. Normas internacionales 61

3.1.2. Normas nacionales 61

3.2. Principios rectores 63

3.2.1. Derechos Humanos 63

3.2.2. Derechos de niños, niñas y adolescentes 64

3.2.3. Derechos de las mujeres y las personas LGBTI+ 65

3.2.4. Perspectiva de género y de diversidad humana en el desarrollo de las políticas 66

3.2.5. Interseccionalidad 66

3.2.6. Perspectiva de curso de vida 67

3.3. Entornos de crianza 68

3.4. Articulación participativa intersectorial, federal y comunitaria 68

4. Política Integral para la Prematurez 70

4.1. Objetivos generales y específicos 70

4.1.1. Reducir la tasa de nacimientos prematuros 70

4.1.2. Aumentar la sobrevida de los recién nacidos 70

4.1.3. Reducir morbilidad asociada a la prematurez 70

4.1.4. Prevenir discapacidad asociada a la prematurez 70

4.2. Estrategias transversales 71

4.2.1. Acciones orientadas a ejercer la corresponsabilidad en el abordaje de la prematurez 71

4.2.2. Acciones destinadas a integrar los sistemas de registro entre los subsectores, subsistemas y organismos 71

4.3. Acciones para construir un modelo de cuidado integral de la salud para la prevención y tratamiento de la prematurez por curso de vida, destinado a equipos de salud en los distintos niveles y subsectores 72

4.4. Tablero de monitoreo 73

4.5. Condiciones de factibilidad y financiamiento 76

5. Modelo de Atención Integral para la Prematurez destinado a equipos de salud en los distintos niveles y subsectores 77

5.1. Acciones y prácticas de cuidado integral por curso de vida, para la prevención y atención de la prematurez 77

5.1.1. Período preconcepcional 78

5.1.2. Período gestacional 79

5.1.3. Período parto / nacimiento / puerperio 82

5.1.4. Período neonatal 84

5.1.5. Período postneonatal, primera infancia y niñez 92

6. Bibliografía 97

Gráficos

Gráfico 1. Evolución de Nacidos Vivos y Nacidos Vivos pretérmino, en número absoluto. Total país. República Argentina. Período 2009-2019. 23

Gráfico 2. Tasa de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal por 1.000 nacidos vivos. República Argentina. Total país. Período 1990-2019. 29

Gráfico 3. Mortalidad neonatal según causas, en números absolutos y porcentaje. Total país. República Argentina. Año 2019. 32

Gráfico 4. Mortalidad infantil según causas, en números absolutos y porcentaje. Total país. República Argentina. Año 2019. 33

Gráfico 5. Distribución de las defunciones neonatales e infantiles según el peso al nacer en gramos. República Argentina. Total país. Año 2019. 37

Gráfico 6. Sobrevida de Recién Nacidos con Muy Bajo Peso al Nacer, por jurisdicción, en porcentaje. República Argentina. Año 2019. 38

Gráfico 7. Criterios de reducibilidad de la mortalidad según edad gestacional, en números absolutos. República Argentina. Total país. Año 2019. 39

Gráfico 8. Nacidos Vivos con peso al nacer menor a 1500 g en establecimientos públicos No-Nivel IIIB, según jurisdicción, en porcentaje. República Argentina. Año 2019. 49

Gráfico 9. Nacidos Vivos 1500-2499 g en establecimientos públicos No-Nivel III A-B, según jurisdicción, en porcentaje. República Argentina. Año 2019. 50

Gráfico 10. Prevalencia de ROP y ROP tratada en prematuros de muy bajo peso al nacer, en 115 Servicios de Neonatología públicos y 3 servicios privados de Argentina, en porcentaje. Total país. República Argentina. Período 2008-2020. 56

Gráfico 11. Casos inusuales de ROP grave en 118 Servicios de Neonatología de Argentina distribuidos por servicio de ocurrencia. Año 2020. 57

Gráfico 12. Modelo de corresponsabilidad para la prevención y abordaje de la prematurez. 69

Gráfico 13. Modelo de atención integral de la salud: continuo de atención. 78

Tablas

Tabla 1. Fenotipos de parto prematuro, frecuencia relativa y probabilidad de muerte neonatal. 16

Tabla 2. Evolución de Nacidos Vivos y Nacidos Vivos pretérmino, en número absoluto y porcentaje. Total país. República Argentina. Período 2009-2019. 24

Tabla 3. Tasa de Prematurez según jurisdicción de residencia de la madre, en porcentaje. República Argentina. Año 2019. 25

Tabla 4. Evolución de Nacidos Vivos según grupos de peso al nacer, en número absoluto y porcentaje. Total país. República Argentina. Período 2009-2019. 26

Tabla 5. Nacidos Vivos según intervalo de peso al nacer y edad gestacional, por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina. Año 2019. 27

Tabla 6. Nacidos vivos y defunciones infantiles en número absoluto y porcentaje, y tasas de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y específica por peso (de 500 g y más) cada 1000 nacidos vivos, por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina. Año 2019. 30

Tabla 7. Defunciones de menores de 1 año según intervalo de peso al nacer (en gramos) por jurisdicción de residencia de la madre, en números absolutos. República Argentina. Año 2019. 31

Tabla 8. Sobrevida proporcional según edad gestacional, en números absolutos. Total país. República Argentina. Año 2019. 36

Tabla 9. Tasa específica de defunciones de menores de 1 año (por 1.000) según intervalos de peso al nacer. Total país. República Argentina. Año 2019. 37

Tabla 10. Categorización de las maternidades y estrategias según niveles de complejidad (CONE). 47

Tabla 11. Nacidos vivos pretérmino (por edad gestacional) según nivel de complejidad, en porcentaje. Total país. República Argentina. Año 2019. 48

Tabla 12. Nacidos vivos por intervalo de peso al nacer según nivel de complejidad, en porcentaje. Total país. República Argentina. Año 2019. 48

Tabla 13. Riesgos de discapacidades a largo plazo en personas nacidas de parto prematuro. 55

Mapas

Mapa 1. Tasa de Mortalidad Infantil por jurisdicción. República Argentina. Año 2019. 34

Mapa 2. Tasa de Mortalidad Neonatal por jurisdicción. República Argentina. Año 2019. 35

Presentación

En el marco de la «Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible» de la Organización de Naciones Unidas, nuestro país se comprometió a implementar los «Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)», entre los cuales se incluyen el aumento de la sobrevida de niños y niñas, el fin de la mortalidad prevenible y la creación de entornos propicios para que todas las personas puedan alcanzar el ejercicio pleno de su derecho a la salud integral.

El Abordaje por Curso de Vida es un marco de orientación apto para el logro de estos objetivos. Desde ese marco proponemos adoptar, como guía facilitadora para la formulación de políticas, la iniciativa «Todas las Mujeres, Todos los Niños», que hace centro en la reducción de las desigualdades y en el bienestar de la niñez, a partir de tres ejes organizadores: "Sobrevivir, Prosperar, Transformar".

Recientemente el Congreso Nacional, por iniciativa del Poder Ejecutivo, sancionó la Ley N° 27.611/2020 de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia («Ley de los 1000 días»). Dicha ley promueve una mirada integral sobre la salud, recuperando y poniendo de relieve una comprensión holística que incluye el impacto del entorno social, económico, cultural y ambiental, y destaca la importancia del abordaje temprano de los determinantes sociales. Este conjunto de determinantes no sólo repercute sobre la salud de las personas, sino también sobre las condiciones en las que se accede al cuidado y a la atención temprana y oportuna.

La prematurez, un problema acuciante para la salud pública mundial que condensa muchos de los impactos contemplados en la «Ley de los 1000 días», debe ser considerada en gran parte como el resultado de inequidades en el acceso a la salud y, al mismo tiempo, como el determinante mayor de la mortalidad infantil y de la discapacidad de comienzo temprano.

Entendemos por *inequidades* las desigualdades sistemáticas, injustas y evitables que afectan la posibilidad de ejercer plenamente los derechos. Por tratarse de situaciones evitables, su reducción se convierte en un problema de justicia social. En los últimos años, nuestro país ha sido testigo del retroceso ocurrido en las condiciones de vida de las familias a partir del crecimiento del desempleo, de la pobreza y de la indigencia, todos ellos factores reconocidos mundialmente como determinantes sociales de la salud (OMS, 2009). Adicionalmente, la pandemia ocasionada por el COVID-19 ha agravado la situación, dando lugar a un escenario con consecuencias sanitarias, sociales y económicas que nos exige redoblar los esfuerzos políticos y programáticos.

Resulta urgente e indispensable, en este contexto, desarrollar acciones de salud adecuadas y oportunas, mediante políticas integrales e intersectoriales orientadas a reducir las brechas de inequidad que afectan a las personas gestantes, a las niñas y a los niños durante los primeros años de vida.

No caben dudas de que, para mejorar los indicadores de salud, debemos garantizar el cuidado de la niñez desde el momento del embarazo, asegurando el acceso de las personas gestantes a los controles, planificando que los nacimientos ocurran en maternidades adecuadas según riesgos y organizando el seguimiento a largo plazo de los recién nacidos prematuros.

Para ello, desde el Ministerio de Salud de la Nación se propone una «Política Integral para la Prematurez», con perspectiva de derechos, diversidad e intersectorialidad, que comienza hoy a plasmarse en la implementación de la «Ley de los 1000 Días».

Para el éxito de esta política es necesario, en primer lugar, responder a preguntas concretas que orienten sobre el número de niñas y niños involucrados, sobre el perfil de sus necesidades y sobre la diversidad de los factores facilitadores y obstaculizadores en juego. Esto permitirá continuar con la definición de los problemas, con el establecimiento de las prioridades y objetivos, con la explicitación de las metas y con la planificación de las estrategias para, finalmente, desembocar en una ejecución sostenida, monitoreada, auditada, y con rendición de cuentas y de resultados.

En este documento se presenta la dimensión del problema, sus características y el estado de situación de la prematurez en Argentina. Luego se trazan los principios rectores, los objetivos y las estrategias transversales de la política y, por último, se pone a consideración un modelo de atención integral mediante el cual se organizan las intervenciones de probada efectividad por curso de vida, identificando los papeles y las funciones de los distintos actores involucrados.

Luego de un trabajo de exhaustiva revisión y debate, los equipos técnicos que elaboraron este documento, definieron una serie de estrategias de prevención del parto prematuro (búsqueda activa y detección temprana de riesgos antes y durante el embarazo), así como de atención, diagnóstico, derivación y seguimiento de recién nacidos prematuros. Algunas de estas estrategias ya se llevan adelante desde el Ministerio a partir del «Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil» (2009) y del «Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno infantil, de la Mujer y de los Adolescentes» (2010) pudiendo o no ser necesarios ajustes o adecuaciones; otras estrategias requieren de diseño, acuerdo y planificación para poder ser implementadas.

En esta primera fase se abordan con mayor detalle las líneas de acción desplegadas por los efectores, dejando planteada la necesidad de articulación intersectorial y comunitaria en el abordaje integral de la prematurez.

Este documento ha sido debatido en una serie de Foros Regionales organizados por el Ministerio de Salud de la Nación, de los que participaron los equipos de gestión sanitaria de todas las provincias, equipos de salud perinatal, familias, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil y expertos. Este enriquecedor proceso colectivo permitió identificar las dificultades prevalentes, las necesidades y las especificidades propias de cada jurisdicción, para establecer las prioridades que guíen los planes operativos con acuerdo federal y perspectiva de diversidad.

Dada la complejidad del problema que enfrentamos, no existe herramienta más poderosa para transformar la realidad de la mayoría de los niños y las niñas que el trabajo conjunto con las familias y las comunidades, reforzando la corresponsabilidad en los cuidados, adoptando la perspectiva de género y priorizando el enfoque transversal de los derechos.

Dra. Gabriela Bauer
Directora de Salud Perinatal y Niñez
Ministerio de Salud de la Nación

1. Fundamentación

Se estima que cada año nacen en el mundo 15 millones de niños y niñas antes de las 37 semanas de gestación, lo que representa –según el país de que se trate– entre el 5% y el 18% del total de nacidos vivos. La proporción de nacimientos prematuros, en particular de los prematuros tardíos, es creciente. En Argentina, en 2019, sobre un total de 625.441 nacidos vivos, 55.709 nacieron antes de las 37 semanas, lo que representa una tasa de prematurez del 8,9%. A lo largo de la última década, se observa un incremento en la tasa de prematurez de más de 10 puntos porcentuales.

¿Qué se entiende por prematurez o nacimiento pretérmino?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prematurez se define como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual.

Según su edad gestacional al nacer, las y los recién nacidos (RN) prematuros pueden ser categorizados como:
Prematuros extremos (entre 22 y 27,6 semanas de gestación);
Muy prematuros (entre 28 y 31,6 semanas);
Prematuros moderados (entre 32 y 33,6 semanas);
Prematuros tardíos (entre 34 y 36,6 semanas).[1]

Los factores que podrían explicar este aumento de frecuencia a nivel global son múltiples. Algunos de ellos están relacionados con situaciones de vulnerabilidad, violencias, estrés laboral físico y psíquico, tabaquismo o consumo problemático de alcohol y de sustancias. Otros factores se relacionan con los extremos de la edad fértil (adolescencia y edad materna avanzada) y la morbilidad que conllevan (hipertensión, diabetes y preeclampsia), o con un aumento del número de tratamientos de fertilidad médicamente asistida (con el consecuente incremento de los embarazos múltiples). En algunas ocasiones, ciertas conductas obstétricas –como partos inducidos y cesáreas electivas antes del término del embarazo– también contribuyen al crecimiento de la prematurez.

A los factores expuestos, se agrega actualmente la pandemia por COVID-19, que también impacta sobre la tasa de prematurez tanto por las dificultades detectadas en el acceso a los servicios perinatales como por el efecto directo del SARS-CoV-2 sobre el embarazo. Se debe considerar y estimar el impacto de la pandemia sobre los indicadores integrales de salud y el tiempo que llevará la recuperación a los indicadores pre pandemia. En ese sentido, se requiere analizar no sólo las dificultades en el acceso a servicios de salud y cuidados esenciales, sino también el efecto negativo que se evidencia sobre los determinantes sociales.

Por una parte, se registró un significativo aumento de la pobreza. Según datos publicados por el INDEC[2], en la República Argentina, a finales de 2020, el 42% de las personas vivía por debajo de la

1 OMS, Nacidos demasiado pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. 2012. Disponible en https://tinyurl.com/4jf3jvwk

2 Disponibles en: https://tinyurl.com/7v5x2k7b

línea de pobreza (lo que representaba el 31,6% de los hogares). Dentro de ese conjunto, el 10,5% de las personas se encontraba por debajo de la línea de indigencia (7,8% de hogares)[3]. Ahora bien: si se observa el impacto de la pobreza por grupos de edad, se destaca que más de la mitad (57,7%) de los niños, niñas y adolescentes de 0 a 14 años son pobres.

Además de la crisis económica que atraviesa el país, la pandemia y las restricciones requeridas para su mitigación generan mayor sobrecarga en las tareas de cuidado, las que recaen principalmente en las mujeres, debilitando las redes de cuidado y contención y exponiéndolas a situaciones de violencia de género, tal como se registra a través de las líneas nacionales de atención gratuita: #137 (violencia familiar y sexual) y #144 (violencia de género)

Adicionalmente, las medidas de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio (DISPO) para la prevención y mitigación del SARS-CoV-2, sumadas a las exigencias que la atención de la pandemia impone sobre los equipos de salud, han tenido como efecto secundario una disminución en los controles de la salud.

En tal sentido el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/OPS) prevé un aumento de la tasa de fertilidad por la reducción de la cobertura en anticoncepción, un incremento de los nacimientos por fuera de los servicios de salud, una reducción de la lactancia, una menor cobertura de vacunación y un aumento de la Razón de MM y TMI[4]. Mismas observaciones se identificaron acerca de la disrupciones de servicios y cuidados esenciales de las y los recién nacidos prematuros y enfermos en el mundo[5].

En cuanto a los efectos directos de la infección por SARS-CoV-2, se identificó que el curso de esta enfermedad en personas gestantes aumenta las probabilidades de un parto pretérmino.

Un estudio reciente demostró que las gestantes que cursan la enfermedad sintomática, comparadas con gestantes no infectadas, tienen más riesgo de preeclampsia /eclampsia, infecciones severas, ingreso a terapia intensiva, 60% más probabilidad de parto prematuro espontáneo y el doble de riesgo de parto prematuro médicamente indicado, así como morbilidad neonatal severa y mortalidad[6].

Por otra parte, a partir de un estudio multicéntrico *Intergrowth*[7] que incluyó a 55.000 gestantes de ocho regiones del mundo, se detectó una prevalencia de prematurez en un 10,8 %. Ahora bien: cuando se seleccionó para la construcción de los estándares a personas gestantes sanas y bajo buenas condiciones socioambientales (correspondientes a un tercio de la población original), se identificó que la prevalencia de prematurez fue de un 5%-6%. Esta prevalencia es aquella a la que podemos

---

3 Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2020, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (disponible en: https://tinyurl.com/aknpuzbp)

4 Información presentada en el marco de la «Conferencia Virtual del Comité de Neonatología de ALAPE: Experiencia del CLAP/OPS en la situación actual de los recién nacidos», a cargo del Dr. Pablo Durán, Mayo 2021.

5 BMJ Global Health Mar 2021, 6 (3) e004347; DOI: 10.1136/bmjgh-2020-004347

6 Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection. J Villar y col. JAMA Pediatr 2021 doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.1050.

7 Villar J, Cheikh I L, Victora CG et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. Lancet 2014, 384(9946):857-68 doi: 10.1016/S0140-6736(14)60932-6. PMID: 25209487.

aspirar, en personas gestantes sanas y de bajo riesgo, independientemente del lugar geográfico y bajo buenas condiciones socioambientales.

Más allá de todos los determinantes y factores mencionados, la evidencia nacional e internacional muestra que del 15% al 30% de los nacimientos prematuros no pueden ser anticipados según factores de riesgo, aun con el mejor cuidado perinatal.

Esto implica que en alrededor de un tercio de los partos prematuros todavía no es posible identificar la causa[8].

Teniendo en consideración este marco, la «Política Integral para la Prematurez» se focalizará, por un lado, en las intervenciones que se relacionen con la "prematurez reducible", es decir a aquellas estrategias sociosanitarias que se anticipan al nacimiento prematuro, intervienen en prolongar el embarazo en condiciones cuidadas, o mejoran las condiciones fetales en el parto prematuro médicamente indicado.

Por otra parte, en lo que refiere a la proporción de los nacimientos pretérmino "no prevenibles", el abordaje se concentrará en fortalecer la calidad y seguridad en la atención de niñas y niños nacidos prematuros, con una perspectiva integral, desde su nacimiento y en continuo durante sus primeros años de vida.

1.1. Determinantes de la salud integral y su relación con la prematurez

La salud integral de las personas está determinada por múltiples factores que no se relacionan únicamente con el acceso y la calidad de la atención de los procesos de salud-enfermedad, sino también con el acceso a la vivienda, el saneamiento, la alimentación saludable, la inclusión laboral, educativa y recreativa, y con las políticas públicas y comunitarias que apoyen la promoción de la salud integral y de una vida libre de violencia y discriminación.

¿Qué se entiende por determinantes de la salud?

Comprende el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones[9] y que se pueden dividir en dos grupos, a saber:

Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del Estado (los determinantes económicos, sociales y políticos), vinculados con:

- el **bienestar y la calidad de vida** (alimentación, educación, recreación, vivienda, medioambiente);

8 Barros FC, Papageorghiou AT, Victora CG, et al. The Distribution of Clinical Phenotypes of Preterm Birth Syndrome: Implications for Prevention. JAMA Pediatr. 2015; 169(3): 220–229.

9 Mendoza-Tascon, et. al. Epidemiología de la prematurez, sus determinantes y prevención del parto prematuro, Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.4, Santiago de Chile, agosto 2016.

- la **equidad** (la distribución y articulación de los bienes y recursos);
- la **inclusión social y económica** (el trabajo, la seguridad social, la conectividad);
- la **protección de derechos con enfoque interseccional** (niñez, género, diversidad, discapacidad, migración, etnia).

Aquellos que son de responsabilidad primaria del Sector Salud –en sus distintos niveles y prestadores– vinculados con:

- la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad;
- el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación;
- la **capacidad de respuesta y la calidad de la atención** (recursos humanos formados y disponibilidad de recursos materiales e insumos).

Este conjunto de factores –biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos– tienen importantes repercusiones sobre la salud de las personas gestantes antes, durante y después del embarazo y, por lo tanto, sobre la salud de las y los recién nacidos[10]. Asimismo, pueden constituir barreras que inciden directamente sobre el acceso a la salud, el cuidado y la atención temprana y oportuna de las personas.

Investigaciones más recientes han demostrado que la nutrición, más los factores ambientales, emocionales y sociales modifican la expresión de los genes incrementando las enfermedades crónicas no transmisibles con fuerte impacto sobre la mortalidad de los adultos jóvenes. Durante los primeros 1000 días (gestación y primeros 2 años de vida), el genoma está especialmente expuesto al ambioma y a los cambios epigenéticos, por lo que este período constituye una ventana de oportunidad para las acciones preventivas[11].

Atendiendo a la perspectiva de curso de vida y de derechos humanos, la prematurez puede ser entendida como una resultante de las inequidades comprendidas en los determinantes de la salud; y, a la vez, constituye en sí misma un determinante mayor de mortalidad y morbilidad neonatal.

A nivel mundial, el nacimiento prematuro y sus comorbilidades constituyen la primera causa de mortalidad infantil y de discapacidad en los primeros años de vida.

El momento del parto, la primera hora de vida del recién nacido y los primeros días después del nacimiento son momentos críticos en los que se producen el 44% de las muertes fetales, el 73% de las muertes neonatales y el 61% de las muertes maternas[12]. Aquellos nacidos prematuros que sobreviven al primer mes de vida continúan con mayor riesgo de morir en su primer año con respecto a las y los recién nacidos de término. Las complicaciones asociadas a la prematurez son la segunda causa de muerte en menores de 5 años[13]. Si bien durante los últimos decenios se avanzó notable-

10 OMS, UNICEF. 2014. Todos los Recién Nacidos: Un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

11 Concepto de Developmental Origins of Health and Disease: el ambiente en los primeros mil días de vida y su asociación con las enfermedades no transmisibles. Subcomisión DOHaD-SAP. Arch Argent Pediatr 2020. 118(4).

12 Lawn et al. Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival, The Lancet, July 2014.

13 Op. Cit.

mente en la reducción de las defunciones infantiles, la disminución ha sido más lenta en el componente neonatal que en el postneonatal[14].

Por otra parte, las niñas y niños que nacen antes del término están expuestos a complicaciones y morbilidades crónicas asociadas a esta condición, que impactan sobre su salud y calidad de vida durante la niñez y la vida adulta, generando enormes costos físicos, psicológicos y económicos[15].

El nacimiento prematuro y muchas de las discapacidades asociadas al mismo se pueden prevenir por medio de una atención adecuada durante el período prenatal, perinatal, neonatal y postneonatal. Ello implica el desarrollo e implementación de un modelo de atención y cuidado integral que contemple los diversos determinantes que inciden en la cuestión y a los diferentes actores comprometidos en la protección, prevención, atención y seguimiento, considerando las inequidades existentes en nuestro país. Ello así en tanto que las condiciones de vida inciden en el acceso a la atención oportuna de riesgos y complicaciones la que, a su vez, repercute directamente sobre las causas de mortalidad o morbilidad.

¿Qué se entiende por fenotipos de la prematurez?

En una alta proporción los nacimientos prematuros (<37 semanas de gestación) están vinculados a condiciones específicas de morbilidad materna, fetal o placentaria.

A partir de un estudio internacional, prospectivo poblacional (prevalencia total de nacimientos pretérmino 10,8%), fue posible identificar grupos de causas similares o fenotipos en un 70% de los nacimientos prematuros[16].

Cada uno de los fenotipos identificados mostró un diferente riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, así como en el desarrollo mental a los 2 años de vida.

El uso de esta clasificación podría facilitar el manejo y referencia de los prematuros, considerándolos por separado en las investigaciones etiológicas o al evaluar intervenciones preventivas o tratamientos.

En el 30% de los nacimientos prematuros no se identificó una causa clínica evidente, lo que requiere mayor investigación para su comprensión. Mientras tanto, es necesario realizar esfuerzos para prevenir o tratar las afecciones conocidas que se consideran aquí, incluidos los partos prematuros tardíos iatrogénicos.

La comprensión y la profundización en la descripción de estos fenotipos posibilitará organizar las estrategias necesarias para abordar los distintos desafíos en el proceso de atención de las personas gestantes, así como para el seguimiento de los recién nacidos.

---

14 En los últimos decenios, la mortalidad mundial de los menores de 5 años se ha reducido en casi un 50%, mientras que la mortalidad neonatal solamente se ha reducido en un 37%. Al haberse avanzado en la respuesta a las enfermedades infantiles, las muertes de recién nacidos representan ahora el 44% de todas las muertes de niños menores de cinco años (OMS, UNICEF. 2014. Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud).

15 Mendoza-Tascon, et. al. Op. cit.

16 Barros FC, Papageorghiou AT, Victora CG, et al. The Distribution of Clinical Phenotypes of Preterm Birth Syndrome: Implications for Prevention. JAMA Pediatr. 2015;169(3):220–229

A continuación se presentan los fenotipos estudiados y su morbilidad asociada:

Tabla 1. Fenotipos de parto prematuro, frecuencia relativa y probabilidad de muerte neonatal.

Grupos de fenotipos	N (%)	Condición principal	Morbilidad asociada	OR de muerte neonatal ajustado por país y edad gestacional
Ninguno	1473 (30%)	Ninguna	---	Referencia.
Pre eclampsia	689 (11.8%)	Preeclampsia (100%)	Hemorragia del 3° trimestre. Infección extrauterina. Sospecha de RCIU	2,5 (0,9-7,2)
Embarazo múltiple	607 (10,4%)	Embarazo múltiple (100%)	Infección extrauterina. Sospecha de RCIU.	3,4 (1,1-10,2)
Infección extrauterina.	450 (7.7%)	Infección extrauterina (100%)	Sangrados, corioamnionitis y morbilidad materna severa.	3,9 (1,2-12,2)
Corioamnionitis	443 (7.6%)	Corioamnionitis (100%)	Sospecha de RCIU. Sepsis perinatal. Embarazo Múltiple.	3,4 (1,1 -10,5)
Sangrados después de las 15 semanas.	362 (6,6%)	Hemorragias (100%)	Corioamnionitis. Sepsis perinatal. Embarazo múltiple.	1,7 (0,5-1,8)
Sospecha de RCIU	337 (5.8%)	Sospecha de RCIU (100%)	Estado fetal no-tranquilizador. Enfermedad materna severa. Sangrados.	3,2 (0,9-11,5)
Sepsis perinatal	319 (5.5%)	Sepsis (68%)	Anomalías congénitas. Embarazo múltiple. Sangrado tardío	4,5 (1,6-12,6)
Sangrados antes de las 15 semanas	280 (4,8%)	Sangrados (100%)	Embarazo múltiple. Infección extrauterina. Sangrado en el 3° trimestre.	3,5 (1,1- 11,6)
Muerte anteparto	213 (3,7%)	Muerte anteparto (100%)	Morbilidad materna grave. Infección extrauterina. Sangrado en el 3° trimestre.	No aplica
Estado fetal no-tranquilizador	200 (3,4%)	Estado fetal no-tranquilizador (100%)	Morbilidad materna grave. Anomalías congénitas. Corioamnionitis.	10,9 (3,1-37,9)
Morbilidad materna grave	181 (3,1%)	Morbilidad materna grave (100%)	Embarazo múltiple. Corioamnionitis. Anomalías congénitas.	7 (1,9-25,8)
TOTAL	**5828 (100%)**			

Por otra parte, en un estudio de cohorte[17] de 6.529 recién nacidos prematuros y a término que fueron seguidos desde el nacimiento hasta los 2 años, fueron identificados 8 fenotipos de nacimiento prematuro. Cada uno de ellos se asoció con diferencias sustanciales en la morbilidad neonatal y la evolución del neurodesarrollo.

Para los trastornos neurológicos, los fenotipos de mayor riesgo fueron la preeclampsia (OR 6,9; IC del 95% 2,7-17,6) y el estado fetal no-tranquilizador (OR 3,0; IC del 95%, 1,0-9,1).

Al igual que con el tamaño del recién nacido y el crecimiento posnatal, considerar el parto prematuro como una sola entidad clínica y etiológica habría oscurecido los diferentes patrones de morbilidad para cada fenotipo.

1.2. Antecedentes de planes y programas desarrollados desde Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud de la Nación, como organismo rector de las políticas sanitarias, en particular desde la Dirección de Salud Perinatal y Niñez –denominada en el pasado Dirección Nacional de Maternidad e Infancia–, tiene la responsabilidad de establecer normas y estándares para garantizar el acceso, la equidad y la calidad de la atención en materia de salud perinatal, neonatal y postneonatal, en todo el territorio nacional.

Cuenta para ello con una serie de normativas, resoluciones, guías y documentos técnicos –algunos propios de dicha Dirección y otros compartidos con diferentes programas, direcciones y secretarías del Ministerio– de los cuales se destacan a continuación aquellas vinculadas al tema en cuestión:

- Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad (Res.348/2003), con su anexo Caracterización de los servicios según nivel de resolución (Res. 495/2014)[18]
- Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales (Res. 306/2002), reemplazada por la Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales (Res. 641/2012)[19].
- Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes[20].
- Estrategia Regionalización de la Atención Perinatal (RAP)[21].
- Condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) como requisitos esenciales para el funcionamiento de todos los establecimientos de salud de nivel II y III, públicos o privados donde se atienden partos (Res. 670/2019)[22].

---

17 Villar J, Restrepo-Méndez MC, McGready R, et al. Association Between Preterm-Birth Phenotypes and Differential Morbidity, Growth, and Neurodevelopment at Age 2 Years: Results From the INTERBIO-21st Newborn Study. JAMA Pediatr. 2021;175(5):483-493. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.6087

18 Disponibles, respectivamente, en: https://tinyurl.com/8n4juek5 y https://tinyurl.com/s4ycmdd9.

19 Disponibles, respectivamente, en: https://tinyurl.com/echwfy4h y https://tinyurl.com/25bdvudc.

20 Consultar: https://tinyurl.com/c53jjmmv ; https://tinyurl.com/yh2vexnj ; https://tinyurl.com/9jsa6ytj

21 Consultar: https://tinyurl.com/2htcjyd8 y https://tinyurl.com/4juy4pdf

- Programa de Resucitación Cardiopulmonar Neonatal y el Programa de Estabilización del Recién Nacido de Riesgo (ACoRN).
- Programa de capacitación y asistencia técnica en servicio.
- Estrategia Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), conceptualización e implementación del modelo (2011).
- Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural (2012)[23].
- Programa de seguimiento del recién nacido de alto riesgo incluyendo la estrategia nacional de prevención de infecciones respiratorias agudas graves en lactantes prematuros de riesgo (incluye distribución de Palivizumab)[24].
- Programa Nacional de prevención de la ceguera en la infancia por retinopatía del prematuro (ROP).
- Programa Nacional de detección temprana y atención de la hipoacusia
- Recomendaciones y Guías para la práctica clínica:
- Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal (2013)[25].
- Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas (2015)[26.]
- *Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal. Recomendaciones y lineamientos prácticos.* (2019)[27].
- *Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Cuidados respiratorios. Recomendaciones y lineamientos prácticos.* (2019)[28].
- *Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Manejo hidroelectrolítico. Termorregulación Cuidado de la piel. Recomendaciones y lineamientos prácticos.* (2020)[29].
- Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía del Prematuro (ROP) (2016)[30]

---

22 Disponible en: https://tinyurl.com/54rbfp9u

23 Disponible en https://tinyurl.com/cva2h6ec

24 Ver: Anticuerpo Monoclonal Específico (PALIVIZUMAB). Lineamientos técnicos. MSal, 2014. Disponible en: https://tinyurl.com/5nb8p463 y Organización del seguimiento del recién nacido prematuro de alto riesgo. MSal, 2016 Disponible en: https://tinyurl.com/hx3ubrjk

25 Disponible en: https://tinyurl.com/33pvshjw

26 Disponible en: https://tinyurl.com/5aeu4cka

27 Disponible en: https://tinyurl.com/2huupc9e

28 Disponible en: https://tinyurl.com/56zfkpej

29 Disponible en: https://tinyurl.com/3v22akx5

30 Disponible en: https://tinyurl.com/ha74shub

- Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad (2014)[31]

El llamado «Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes 2009-2011»[32] se implementó como prioritario para la reducción de la mortalidad infantil, de las adolescentes, materna y de la mujer, luego de acordarse en una reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) en noviembre del 2008. Fue presentado oficialmente en mayo de 2009. Aunque, en principio, su desarrollo estaba previsto para el período 2009-2011, una resolución ministerial lo renovó y extendió hasta el año 2020[33]. Para su implementación fueron desarrolladas políticas estratégicas según los tres niveles de atención.

Cabe destacar la *Estrategia de Regionalización de la Atención Perinatal* como un componente esencial de este Plan Operativo, junto con la Categorización de los servicios de Obstetricia y Neonatología –teniendo en cuenta las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) establecidas por la OMS– y el Programa de Capacitación y Asistencia Técnica a las Maternidades.

¿En qué consiste la estrategia de Regionalización de la Atención Perinatal?

La Regionalización de la Atención Perinatal (RAP) es una de las intervenciones centrales del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes. Supone el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno infantil, coordinado y cooperativo, en el cual merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee, basándose en las necesidades de la población e involucrando a todos los niveles de atención (Nivel I, Nivel II y Nivel III) y prestadores de salud.

Se propone organizar los servicios de salud para que las personas gestantes y los niños y niñas según su riesgo reciban la atención adecuada en hospitales con las capacidades y la tecnología requeridas para asegurarles los cuidados óptimos que correspondan.

Sus objetivos son: reducir la mortalidad materna e infantil –principalmente la neonatal–, disminuir la morbilidad en niños y niñas nacidos prematuros, y acortar las brechas entre las jurisdicciones. Esta estrategia permite garantizar la atención de calidad para todas las personas gestantes y recién nacidas, con una máxima utilización de la tecnología requerida y del personal especializado.

La Regionalización Perinatal incluye los siguientes componentes: ▪ Categorización de las maternidades. ▪ Establecimiento de redes y corredores sanitarios. ▪ Sistema de traslado organizado. ▪ Referencia y contrarreferencia. ▪ Residencia para madres[34]. ▪ Capacitación permanente. ▪ Coordinación y comunicación eficaz.

31 Disponible en: https://tinyurl.com/bf99hkks

32 Disponible en: https://tinyurl.com/c53jjmmv

33 Res. MSAL 2254/2015- modificatoria de la Res. MSAL1087/2010.

34 Según las Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad (disponibles en: https://tinyurl.com/8n4juek5), la Residencia para madres es un componente que favorece la estrategia de regionalización y contribuye al bienestar de las personas gestantes y madres/padres o responsables del cuidado. Alberga a las personas que viven lejos y deben esperar el inicio del trabajo de parto cerca de una institución o cuidan a los

Complementariamente, el Ministerio de Salud de la Nación trabajó en el fortalecimiento y la capacitación de recursos profesionales especializados, la renovación del equipamiento y la provisión de insumos esenciales para la prevención del parto prematuro y la atención o asistencia del parto pretérmino, tanto en Obstetricia como en Neonatología y en los tres niveles de atención.

Se destaca también la iniciativa conjunta con UNICEF para dar visibilidad al nacimiento prematuro y su impacto sobre la salud pública y la comunidad en general. Se trata de la Campaña Nacional «Semana del Prematuro», iniciada en el año 2010 con el propósito de crear conciencia sobre los derechos de los niños y niñas que nacen prematuros, así como también de movilizar a los equipos de salud en todos los niveles de atención y a la sociedad en general a fin de garantizar su protección y cumplimiento efectivo.

Por otra parte, a partir de la recuperación de la categoría de Ministerio para la cartera de Salud al inicio de la gestión del *Frente de Todos* (diciembre de 2019), se rediseñó el organigrama priorizando el acceso a la salud con equidad y calidad en la atención. Así, fueron creadas nuevas Secretarías que trabajan de manera articulada en el diseño e implementación de estrategias.

- **Secretaría de Equidad en Salud** que incluye la Subsecretaría de Articulación Federal y la Subsecretaría de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria.
  A través de su gestión se promueve la integración entre las coberturas de salud y se desarrollan proyectos de abordaje de la salud comunitaria, promoviendo estilos de vida saludables, fomentando la acción multisectorial, así como la responsabilidad familiar y de la comunidad para mejorar las condiciones de salud. Asimismo, se promueve la Atención Primaria de la Salud en los sistemas locales de salud como prioridad para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, respetando las singularidades culturales.
- **Secretaría de Acceso a la Salud** que incluye la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica y la Subsecretaría de Estrategias Sanitarias). Entre otras funciones, trabaja con el propósito de elaborar y ejecutar planes para el desarrollo y la coordinación de los sistemas de información en salud en el nivel nacional y local, como también en la gestión de medicamentos y tecnología sanitaria y acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación para cuidar la salud y propiciar el desarrollo de las personas a lo largo de todos los ciclos de vida.
- **Secretaría de Calidad en Salud** que incluye la Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos y la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización.

recién nacidos ingresados en la UCIN. Todas las Maternidades y los servicios de Neonatología categorizados como Nivel III (A o B) deberían contar con una Residencia de Madres, que constituye uno de los componentes de la estrategia Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

1.3. Desafíos actuales: sobrevivir, prosperar y transformar

La situación actual de las personas gestantes y los niños y niñas en Argentina nos convoca a trabajar de manera intersectorial y en articulación federal para fortalecer el acompañamiento, la protección y cuidado integral de la salud y la vida.

En consonancia con los «Diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)» establecidos en la «Agenda 2030» de la Asamblea General de las Naciones Unidas –respecto de los cuales la República Argentina está obligada a adoptar todas las acciones y medidas tendientes a alcanzar dichos Objetivos–, el grupo de trabajo «Todas las Mujeres, Todos los Niños» (2015) plantea tres ejes fundamentales para alcanzar las metas enunciadas:

- El eje **SOBREVIVIR** está intrínsecamente relacionado con el Derecho a la Vida y señala la necesidad de políticas de intervención sobre las causas reducibles de mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años. Más allá de los promedios, siempre es necesario analizar las desigualdades entre jurisdicciones para planificar estrategias focalizadas donde más se las requiera.
- El eje **PROSPERAR** está íntimamente relacionado con el Derecho a la Salud Integral. Es necesario generar políticas orientadas al fortalecimiento de todos los ámbitos de capacitación y acceso a la información para mujeres y personas gestantes, y para sus familias. La información debe cubrir aspectos relacionados con el cuidado integral de la salud, el desarrollo, los vínculos tempranos, la alimentación saludable, el juego, el disfrute y la prevención de violencias, entre otros aspectos relevantes. Debe ser continuo el trabajo para lograr el acceso en igualdad de oportunidades a los servicios de diagnóstico oportuno, tratamiento, recuperación de la salud y habilitación, todos ellos con base en las comunidades donde viven los niños y las niñas.
- El eje **TRANSFORMAR** se relaciona, básicamente, con el Derecho al Pleno Desarrollo y a una Vida Libre de Violencias. Es definido como la ampliación de los entornos propicios. Establece como metas erradicar la pobreza extrema; dotar a todas las personas de identidad jurídica; garantizar que niñas y niños completen la educación primaria y secundaria; y eliminar todas las prácticas nocivas, discriminación, violencia, abuso y trabajo infantil.

Las inequidades en el acceso a la vivienda, al empleo, a una alimentación saludable, a los servicios de salud, de cuidado y de educación de calidad (en términos de cantidad y especificidad de profesionales, así como del suministro de insumos), con perspectiva de género y de derechos, y en la posibilidad de vivir una vida libre de violencias y discriminación, resultan determinantes centrales a considerar para el desarrollo de políticas públicas que garanticen un efectivo goce de derechos y una adecuada atención integral a la salud.

Analizar estos determinantes para evaluar su impacto y diseñar acciones preventivas no resulta una tarea sencilla.

Argentina carece de un registro unificado de información sociosanitaria. En la actualidad, cada organismo del estado cuenta con su propio sistema de registro y procesamiento de datos estadísticos, por lo que la información –si efectivamente está disponible– se encuentra fragmentada. Este desafío

constituye uno de los ejes fundamentales de esta política para la prematurez, así como también en el marco de la política nacional «1000 Días».

En efecto, la Ley Nacional N° 27.611/2020 establece la creación de un listado de indicadores integrales que incluyan los determinantes sociales de la salud, en miras a aportar información a nivel poblacional con la que sea posible identificar a las personas gestantes, los niños y las niñas en situaciones de amenaza o vulneración de derechos que afecten o pudieran afectar su salud integral (conforme al art. 25° de la referida ley). Asimismo, determina que este trabajo debe ser producto de un acuerdo y de la articulación interinstitucional entre todos los organismos comprometidos.

En efecto, el mejoramiento de la calidad del registro y la ampliación de los indicadores disponibles para medir los determinantes es una prioridad para todos los organismos involucrados en esta política. Estos indicadores deben ser integrales y exhaustivos, y deben aportar información que incluya los determinantes sociales y que se oriente hacia la identificación de las causalidades o asociaciones así como de los grupos poblacionales con mayor vulneración de derechos y mayor afectación de su salud.

Visibilizar y poner en evidencia la complejidad y la multiplicidad de las condiciones y factores relacionados con la prematurez es el primer paso para elaborar políticas efectivas que reduzcan su incidencia. Con el propósito de alcanzar una aproximación a esta cuestión, se analizará una serie de datos que nos permitirán dimensionar la magnitud de la prematurez en nuestro país.

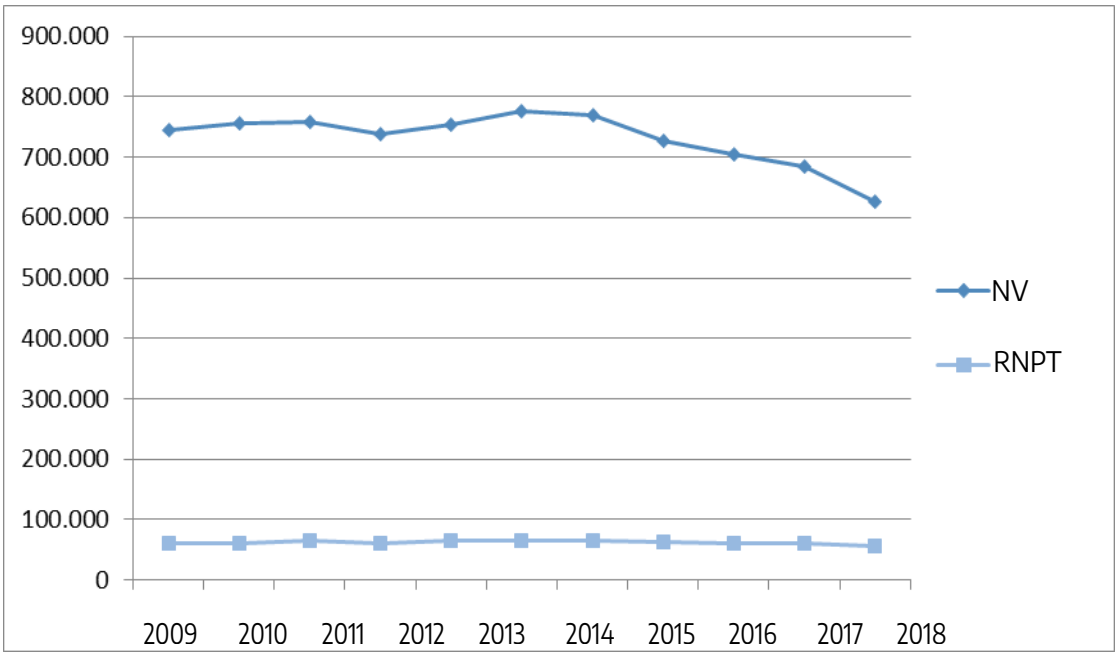
2. Estado de situación de la prematurez en Argentina

2.1. Evolución de la natalidad y la mortalidad asociada a la prematurez y el bajo peso al nacer

2.1.1. Evolución de los Nacidos Vivos Prematuros

En los últimos años, se evidencia en Argentina una disminución de la tasa de natalidad (DEIS, 2019). No obstante, si se compara la evolución de los nacidos vivos distinguiendo aquellos nacimientos pretérmino (Gráfico 1), se observa que la tendencia decreciente es más significativa en el total de nacidos vivos que en la de los nacidos prematuros, que prácticamente se mantiene constante durante el período analizado (2009-2019).

Gráfico 1. Evolución de Nacidos Vivos y Nacidos Vivos pretérmino, en número absoluto. Total país. República Argentina. Período 2009-2019.



Fuente: MSAL DEIS. Año 2019.

Ello implica que la proporción de nacidos vivos prematuros se incrementa (Tabla 2). La tasa de prematurez a nivel nacional pasó de representar el 8%, en 2009, al 8,9% en 2019; lo que significa un aumento del 11,3% en la última década.

Tabla 2. Evolución de Nacidos Vivos y Nacidos Vivos pretérmino, en número absoluto y porcentaje. Total país. República Argentina. Período 2009-2019.

AÑO	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	PRETÉRMINO	
		N	%
2009	745.336	59.700	8,00%
2010	756.176	61.685	8,20%
2011	758.042	64.386	8,50%
2012	738.318	61.393	8,30%
2013	754.603	64.540	8,60%
2014	777.012	65.083	8,40%
2015	770.040	64.262	8,30%
2016	728.035	63.793	8,80%
2017	704.609	61.705	8,80%
2018	685.394	60.501	8,80%
2019	625.441	55.709	8,90%
Variación porcentual	**-16,10%**	**-6,70%**	**11,30%**

Fuente: MSAL. DEIS. Año 2019.

Si se considera la tasa de prematurez por jurisdicción (Tabla 3), se identifican significativas diferencias entre las regiones (las tasas varían entre 12,6% y 6,5%), variación que requiere de análisis complementarios que consideren los determinantes sociales, el acceso a los servicios de salud, la calidad de los servicios de atención perinatal y la calidad de los registros.

Tabla 3. Tasa de Prematurez según jurisdicción de residencia de la madre, en porcentaje. República Argentina. Año 2019.

Total país 8,90%			
CABA	8,30%	Mendoza	7,50%
Buenos Aires	8,90%	Misiones	9,00%
Catamarca	7,00%	Neuquén	8,50%
Córdoba	8,10%	Río Negro	9,70%
Corrientes	9,80%	Salta	8,90%
Chaco	9,90%	San Juan	6,50%
Chubut	8,40%	San Luis	10,80%
Entre Ríos	7,70%	Santa Cruz	8,80%
Formosa	12,60%	Santa Fe	9,90%
Jujuy	7,20%	Santiago del Estero	9,90%
La Pampa	7,80%	Tucumán	11,70%
La Rioja	9,00%	Tierra del Fuego	10,70%

Fuente: MSAL. DEIS. Año 2019.

2.1.2. Evolución de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer

El peso al nacer es un indicador importante de la salud de las y los niños e impacta sobre la sobrevida y sus posibilidades de desarrollo, particularmente a edades tempranas.

- Las y los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer tienen un riesgo 4,7 veces mayor de morir en el primer año de vida que las y los nacidos vivos con bajo peso y 125 veces mayor que las y los nacidos vivos con peso suficiente.
- El bajo peso se encuentra asociado a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, como también a una mayor prevalencia del déficit de talla hasta los 18 o 24 meses. En general, éste puede verse afectado por algún problema de la salud de la madre durante el embarazo –como la desnutrición, ciertas enfermedades o los hábitos de fumar o beber alcohol–.

La distribución de Nacidos Vivos según grupos de peso en Argentina (Tabla 4) muestra una tendencia hacia la disminución en términos absolutos de las y los nacidos con menos de 1500 g (en sintonía con la tendencia a la disminución total de nacimientos), aunque su proporción en porcentaje respecto del total aumenta en 9 puntos porcentuales en la última década, alcanzando el 1,2% del total en 2019.

En cuanto a las y los recién nacidos de entre 1500 g y 2499 g, si bien también disminuyeron en términos absolutos, su porcentaje sobre el total aumentó en 5 puntos porcentuales, representando el 6,3% de todos los nacidos vivos de 2019.

Cabe destacar que se observa también una mejora en la calidad del registro (disminución de la categoría "sin especificar").

Tabla 4. Evolución de Nacidos Vivos según grupos de peso al nacer, en número absoluto y porcentaje. Total país. República Argentina. Período 2009-2019.

AÑO	TOTAL	< 1499 g		1500-2499 g		≥ 2500 g		Sin especificar	
	NV	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	745.336	8.144	1,10%	44.371	6,00%	684.965	91,90%	7.856	1,10%
2010	756.176	7.966	1,10%	46.034	6,10%	691.859	91,50%	10.317	1,40%
2011	758.042	8.305	1,10%	45.651	6,00%	696.696	91,90%	7.390	1,00%
2012	738.318	8.050	1,10%	44.062	6,00%	675.933	91,60%	10.273	1,40%
2013	754.603	8.522	1,10%	46.851	6,20%	691.741	91,70%	7.489	1,00%
2014	777.012	8.714	1,10%	46.468	6,00%	714.547	92,00%	7.283	0,90%
2015	770.040	8.531	1,10%	46.127	6,00%	704.035	91,40%	11.347	1,50%
2016	728.035	8.078	1,10%	44.245	6,10%	669.345	91,90%	6.367	0,90%
2017	704.609	7.781	1,10%	43.528	6,20%	647.448	91,90%	5.852	0,80%
2018	685.394	7.585	1,10%	42.553	6,20%	628.397	91,70%	6.859	1,00%
2019	625.441	7.806	1,20%	39.486	6,30%	573.314	91,60%	4.835	0,80%
Variación porcentual	-16,10%	-4,20%	9,1%	-11,00%	5,00%	-16,30%	-0,30%	-38,50%	-27,30%

Fuente: MSAL. DEIS. Año 2019.

Si se considera la proporción de nacidos vivos con bajo peso y muy bajo peso al nacer por jurisdicción, se identifican significativas diferencias entre las regiones, variación que requiere de análisis complementarios que consideren los determinantes sociales, el acceso a los servicios de salud, la calidad de los servicios de atención perinatal y la calidad de los registros.

Tabla 5. Nacidos Vivos según intervalo de peso al nacer y edad gestacional, por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina. Año 2019.

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL NACIDOS VIVOS	INTERVALO DE PESO Y DE EDAD GESTACIONAL											
		Menos de 2500 gramos				2500 gramos y más				Sin especificar			
		Subtotal	< 37 semanas	37 sem.	Sin espec.	Subtotal	< 37 sem.	37 sem. y más	Sin espec.	Subtotal	< 37 sem.	37 sem. y más	Sin espec.
REPUBLICA ARGENTINA	**625.441**	**47.292**	**31.298**	**15.749**	**245**	**573.314**	**24.084**	**546.697**	**2.533**	**4.835**	**327**	**1.506**	**3.002**
Ciud. Aut. de Buenos Aires	33.981	2.769	1.729	1.026	14	31.061	1.053	29.844	164	151	10	52	89
Buenos Aires	227.596	17.440	11.403	5.904	133	206.597	8.363	196.905	1.329	3.559	270	1.047	2.242
Partidos del Aglom. GBA	158.693	12.142	7.868	4.173	101	144.029	5.840	137.131	1.058	2.522	203	765	1.554
Catamarca	5.733	435	255	170	10	5.243	132	5.022	89	55	3	17	35
Córdoba	50.929	3.654	2.502	1.143	9	47.222	1.621	45.528	73	53	4	49	0
Corrientes	18.144	1.412	855	554	3	16.698	918	15.762	18	34	2	25	7
Chaco	22.176	1.810	1.201	597	12	20.194	968	19.098	128	172	12	113	47
Chubut	7.861	507	383	124	0	7.351	277	7.074	0	3	2	0	1
Entre Ríos	19.232	1.523	916	598	9	17.664	559	17.017	88	45	3	17	25
Formosa	10.250	809	595	214	0	9.434	691	8.737	6	7	1	1	5
Jujuy	10.352	684	461	223	0	9.668	287	9.377	4	0	0	0	0
La Pampa	4.290	325	204	121	0	3.965	132	3.832	1	0	0	0	0
La Rioja	5.320	397	282	114	1	4.913	197	4.698	18	10	0	6	4
Mendoza	27.403	1.870	1.282	588	0	25.532	785	24.738	9	1	0	0	1
Misiones	23.013	1.751	1.037	713	1	21.262	1.026	20.227	9	0	0	0	0
Neuquén	9.456	595	440	148	7	8.852	364	8.458	30	9	0	5	4
Río Negro	9.810	711	487	221	3	9.071	455	8.572	44	28	2	12	14
Salta	22.972	1.790	1.186	580	24	21.141	822	19.981	338	41	4	29	8
San Juan	12.554	891	548	343	0	11.659	262	11.392	5	4	0	3	1
San Luis	6.610	501	353	148	0	5.899	336	5.557	6	210	4	12	194
Santa Cruz	4.732	315	224	91	0	4.417	194	4.220	3	0	0	0	0
Santa Fe	47.088	3.680	2.586	1.082	12	43.366	2.039	41.211	116	42	1	25	16
Santiago del Estero	16.972	1.149	715	434	0	15.818	962	14.848	8	5	1	4	0
Tucumán	25.189	2.015	1.459	553	3	23.084	1.489	21.578	17	90	8	77	5
Tierra del Fuego	2.398	175	140	35	0	2.223	116	2.096	11	0	0	0	0
Otros Países	158	7	5	2	0	151	7	144	0	0	0	0	0
Lugar no especificado	1.222	77	50	23	4	829	29	781	19	316	0	12	304

Fuente: MSAL. DEIS. 2019.

2.1.3. Determinantes sociales de la mortalidad infantil, neonatal y por prematurez

El proceso de crecimiento y desarrollo de las niñas y niños en sus primeros años es muy sensible a las condiciones de vida adversas (económicas, ambientales, histórico-culturales, políticas), las que tienen gran impacto en las probabilidades de enfermar y morir en esta etapa vital.

La mortalidad infantil expresa la complejidad con la que se relacionan el fenómeno biológico y el contexto social. La Tasa de Mortalidad Infantil es el principal indicador que cuantifica los niveles de la salud y el bienestar de las infancias y el grado de desarrollo del conjunto social.

Si bien en la Mortalidad Neonatal prevalecen los determinantes vinculados a la oportunidad y calidad de la atención (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño/a durante los primeros días de vida) y en la Post-Neonatal se adjudica un mayor peso a las condiciones de

vida adversas, hay estudios que muestran que la mayor parte de los partos prematuros y con bajo peso se concentran en los territorios de mayor nivel de pobreza y son éstos los que enfrentan mayor desafío para sobrevivir al primer mes de vida[35].

En la Argentina, un estudio analizó la complejidad[36] de la mortalidad infantil por causas reducibles entre 2009 y 2011 desde tres niveles: el nivel individual de la niña o niño (sexo, edad, peso al nacer, edad materna); el nivel familiar (instrucción, trabajo, cobertura, estado civil de la madre, atención médica, instrucción del padre); y el nivel poblacional, relacionando las características del entorno social y ambiental (hacinamiento, necesidades básicas insatisfechas (NBI), nivel de instrucción en el departamento de residencia), con un modelo de análisis que articula los aspectos biológicos individuales y los aspectos estructurales que hacen a las condiciones de vida.

El estudio presenta los siguientes hallazgos, basados en un modelo jerarquizado final con los factores de asociación significativa que surgieron de los modelos multivariados en cada uno de los niveles. La mayoría de las muertes se registraron antes del mes de vida en nacidos vivos de menos de 37 semanas de gestación, que tuvieron atención médica por la enfermedad que ocasionó la muerte, en establecimientos de salud tanto públicos como privados, que tenían madres de 20 años o más, con cónyuge y padres de bajo nivel de instrucción que trabajaban. En relación con las variables del nivel poblacional, la mayoría de las muertes infantiles se registraron en departamentos que tenían valor por debajo del percentil 75 de los indicadores sociales analizados.

En el mismo sentido, otra investigación[37] que evaluó la mortalidad neonatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) según la residencia y subsector de atención de la población, halló que la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) de los residentes fuera de CABA, provenientes en su mayoría del conurbano bonaerense, es significativamente mayor que la de los residentes de la CABA y, a su vez, presentan mayor mortalidad en el subsector público. También la TMN resulta significativamente mayor en el subsector público de los residentes en CABA. Los no residentes en CABA nacidos con MBP tienen el doble de probabilidad de morir comparados con los residentes en CABA y también presentan menor probabilidad de sobrevida los nacidos con muy bajo peso (MBP) en el subsector público de cualquier lugar de residencia. Estos resultados se confirmaron en el análisis de las muertes neonatales producidas en CABA durante el año 2016[38].

De acuerdo con una encuesta sobre determinantes de la mortalidad infantil domiciliaria en Argentina entre 2018 y 2019[39], se identificó que del total de fallecidos analizados en dicho período, un 27,3% habían nacido prematuros de MBP (95 sobre un total de 347 casos encuestados). De esos 95

---

35 Una investigación sobre determinantes de las desigualdades sociales en la salud perinatal del País Vasco buscó identificar las intervenciones más efectivas para la reducción de tales desigualdades. Se observó que el parto prematuro fue más frecuente en las zonas de mayor pobreza (OR: 1,61; IC95%: 1,46-1,77), incluso ajustando por la edad de la madre. Tomando como variable dependiente el bajo peso al nacer, se apreció que en esas zonas fue también más frecuente el bajo peso (OR: 1,11; IC95%: 1,02-1,19), incluso ajustando por edad de la madre y prematurez.

36 Herrero MB; Bossio JC. Determinantes sociales de la mortalidad infantil por causas reducibles en la Argentina, 2009-2011. PSM, Volumen 15, número 1, artículo 9, julio- diciembre 2017.

37 Meritano J y col. Evaluación de la mortalidad neonatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según la residencia de la población y la pertenencia al subsistema de salud. Arch Argent Pediatr 2016; 114(5):405-411.

38 Golubicki A. Análisis y caracterización de las muertes neonatales ocurridas en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2016, dentro del ámbito público y no público de salud. Departamento Materno Infantil. MSGCBA.

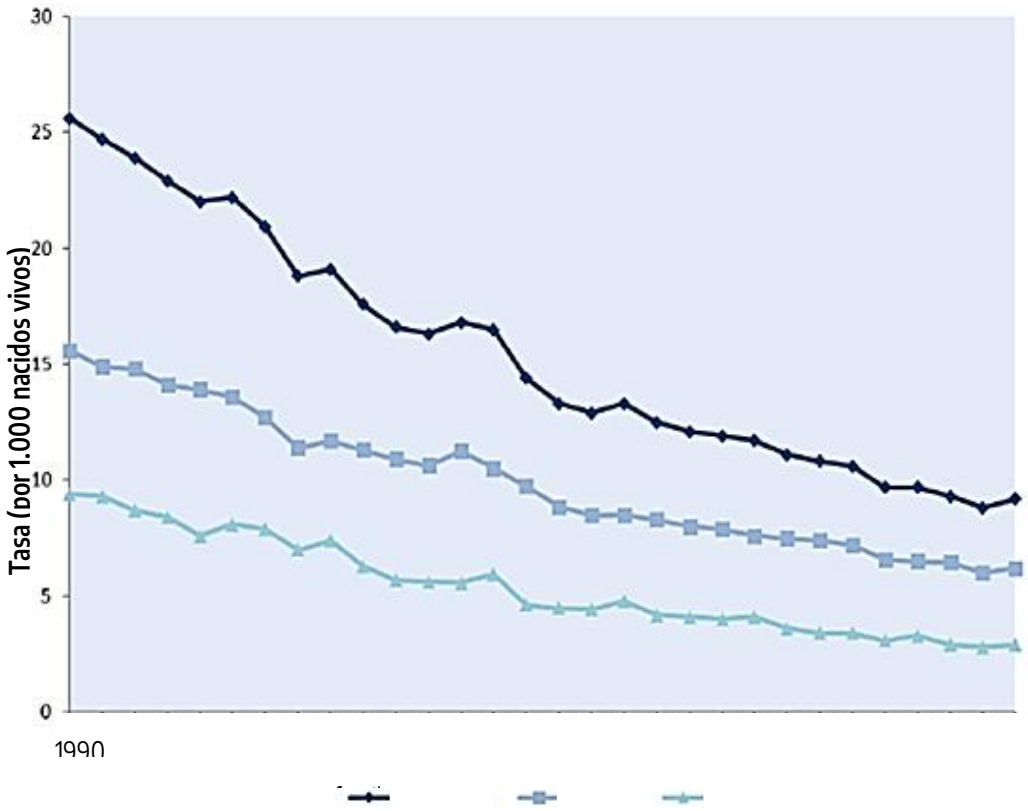
39 Estudio de la Mortalidad domiciliaria en Argentina. DSPyN. MSAL. Datos no publicados.

niños y niñas nacidos pretérmino, el 72% pesó menos de 2500 g al nacer y el 39,4% había estado internado en un Servicio de Neonatología. De las condiciones socioeconómicas de la población encuestada resulta que el 73% tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI); madre inactiva, el 71%; desocupada, el 11%; el 16% de los padres están desocupados y que madres y padres tienen un bajo nivel de instrucción.

2.1.4. Evolución de la mortalidad infantil y la sobrevida

Si se analiza la Tasa de Mortalidad Infantil en sus dos componentes –Neonatal (antes de los 28 días de vida) y Postneonatal– a lo largo del tiempo, se observa una tendencia descendente, aunque no ajena a las crisis socioeconómicas (obsérvese el aumento ocurrido en el año 2002). Ahora bien: el descenso del 45% en lo que va del milenio ha sido más lento que el esperable.

Gráfico 2. Tasa de Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal por 1.000 nacidos vivos. República Argentina. Total país. Período 1990-2019.



Fuente: MSAL. DEIS. 2019.

- En 2019 se produjeron 9,2 defunciones antes del primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos (TMI 9,2‰).
- En cuanto a la distribución en sus dos componentes, el 68% de los niños y niñas fallecieron durante el primer mes (Tasa de Mortalidad Neonatal 6,2/‰) y dentro de este grupo casi la mitad de los niños y niñas fallecieron durante la primera semana. El 32% restante falleció entre los 28 y 364 días de vida (Tasa de Mortalidad Postneonatal 2,97‰). (Tabla 6)

Tabla 6. Nacidos vivos y defunciones infantiles en número absoluto y porcentaje, y tasas de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y específica por peso (de 500 g y más) cada 1000 nacidos vivos, por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina. Año 2019.

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES INFANTILES					TASA DE MORTALIDAD		
		TOTAL	NEONATALES		POST-NEONATALES		INFANTIL	NEO-NATAL	POST NEONATAL
			N°	%	N°	%		Sub-total	
REPÚBLICA ARGENTINA	625.441	5.745	3.905	68,0	1.840	32,0	9,2	6,2	2,9
CABA	33.981	248	173	69,8	75	30,2	7,3	5,1	2,2
Buenos Aires	227.596	2.064	1.371	66,4	693	33,6	9,1	6,0	3,0
Catamarca	5.733	60	39	65,0	21	35,0	10,5	6,8	3,7
Córdoba	50.929	382	275	72,0	107	28,0	7,5	5,4	2,1
Corrientes	18.144	218	173	79,4	45	20,6	12,0	9,5	2,5
Chaco	22.176	276	185	67,0	91	33,0	12,4	8,3	4,1
Chubut	7.861	61	49	80,3	12	19,7	7,8	6,2	1,5
Entre Ríos	19.232	189	136	72,0	53	28,0	9,8	7,1	2,8
Formosa	10.250	139	80	57,6	59	42,4	13,6	7,8	5,8
Jujuy	10.352	102	75	73,5	27	26,5	9,9	7,2	2,6
La Pampa	4.290	39	27	69,2	12	30,8	9,1	6,3	2,8
La Rioja	5.320	55	33	60,0	22	40,0	10,3	6,2	4,1
Mendoza	27.403	227	161	70,9	66	29,1	8,3	5,9	2,4
Misiones	23.013	220	121	55,0	99	45,0	9,6	5,3	4,3
Neuquén	9.456	51	36	70,6	15	29,4	5,4	3,8	1,6
Río Negro	9.810	77	53	68,8	24	31,2	7,8	5,4	2,4
Salta	22.972	244	167	68,4	77	31,6	10,6	7,3	3,4
San Juan	12.554	117	80	68,4	37	31,6	9,3	6,4	2,9
San Luis	6.610	57	37	64,9	20	35,1	8,6	5,6	3,0
Santa Cruz	4.732	35	23	65,7	12	34,3	7,4	4,9	2,5
Santa Fe	47.088	385	248	64,4	137	35,6	8,2	5,3	2,9
Santiago del Estero	16.972	112	77	68,8	35	31,3	6,6	4,5	2,1
Tucumán	25.189	335	250	74,6	85	25,4	13,3	9,9	3,4
Tierra del Fuego	2.398	17	13	76,5	4	23,5	7,1	5,4	1,7

Fuente: MSAL. DEIS. Año 2019.

Como se puede observar, dos tercios de los fallecimientos infantiles ocurrieron en la etapa neonatal; 7 de cada 10 niñas y niños que no superan la etapa neonatal, nacieron con un peso inferior a los 2500 g; y 8 de cada 10, nacieron con una gestación de entre 22 y 36 semanas.

Tabla 7. Defunciones de menores de 1 año según intervalo de peso al nacer (en gramos) por jurisdicción de residencia de la madre, en números absolutos. República Argentina. Año 2019.

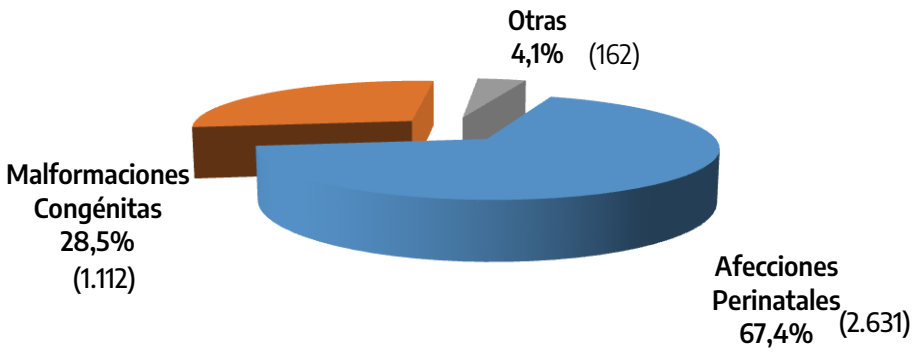
JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL	INTERVALO DE PESO AL NACER (en gramos)							
		Menos de 1000	De 1000 a 1499	De 1500 a 1999	De 2000 a 2499	De 2500 a 2999	De 3000 a 3499	De 3500 y más	Sin especificar
NEONATALES									
REPUBLICA ARGENTINA	**3.905**	**1.505**	**561**	**337**	**328**	**323**	**311**	**191**	**349**
Ciud. Aut. de Buenos Aires	173	75	19	16	12	17	8	13	13
Buenos Aires	1.371	485	179	107	95	109	99	57	240
Partidos del Aglom. GBA	960	352	124	76	59	72	64	42	171
Catamarca	39	20	2	3	5	5	2	2	0
Córdoba	275	106	41	28	23	34	21	11	11
Corrientes	173	59	25	14	24	13	25	8	5
Chaco	185	67	22	22	14	21	16	12	11
Chubut	49	19	5	3	8	6	4	3	1
Entre Ríos	136	59	24	8	11	11	13	5	5
Formosa	80	27	10	13	9	4	11	4	2
Jujuy	75	36	14	8	6	0	5	5	1
La Pampa	27	15	5	0	3	3	1	0	0
La Rioja	33	10	6	8	2	2	2	2	1
Mendoza	161	75	21	12	18	16	13	4	2
Misiones	121	35	21	14	12	9	17	10	3
Neuquén	36	13	4	5	6	1	2	5	0
Río Negro	53	20	11	3	3	6	5	3	2
Salta	167	69	26	15	18	12	13	11	3
San Juan	80	32	16	8	6	6	7	5	0
San Luis	37	10	9	4	3	3	3	5	0
Santa Cruz	23	8	5	2	1	5	2	0	0
Santa Fe	248	98	46	23	22	22	14	14	9
Santiago del Estero	77	27	13	7	4	3	8	6	9
Tucumán	250	128	35	12	20	15	19	6	15
Tierra del Fuego	13	8	1	0	3	0	0	0	1
Otros Países	2	0	0	1	0	0	1	0	0
Lugar no especificado	21	4	1	1	0	0	0	0	15
POST-NEONATALES									
REPUBLICA ARGENTINA	**1.840**	**165**	**132**	**107**	**166**	**264**	**282**	**203**	**521**
Ciud. Aut. de Buenos Aires	75	12	7	1	7	7	13	5	23
Buenos Aires	693	60	38	31	37	61	77	48	341
Partidos del Aglom. GBA	513	45	28	17	26	46	63	39	249
Catamarca	21	1	3	0	3	2	8	2	2
Córdoba	107	8	13	7	16	15	21	17	10
Corrientes	45	2	5	1	9	8	7	5	8
Chaco	91	7	5	4	12	10	15	9	29
Chubut	12	3	1	0	1	2	2	3	0
Entre Ríos	53	1	5	2	9	12	8	11	5
Formosa	59	4	6	5	3	14	12	13	2
Jujuy	27	4	3	2	1	7	1	5	4
La Pampa	12	3	2	0	0	1	5	0	1
La Rioja	22	4	2	4	3	3	3	2	1
Mendoza	66	8	4	5	11	20	9	7	2
Misiones	99	13	5	12	8	20	15	22	4
Neuquén	15	0	1	2	0	6	4	1	1
Río Negro	24	2	2	3	2	5	4	3	3
Salta	77	4	9	2	5	19	17	9	12
San Juan	37	3	2	8	6	8	8	2	0
San Luis	20	1	2	2	1	5	7	1	1
Santa Cruz	12	0	2	0	1	1	2	5	1
Santa Fe	137	15	7	10	19	22	30	24	10
Santiago del Estero	35	2	1	0	2	3	5	1	21
Tucumán	85	7	7	5	9	10	9	6	32
Tierra del Fuego	4	1	0	0	0	1	0	1	1
Otros Países	8	0	0	0	0	1	0	1	6
Lugar no especificado	4	0	0	1	1	1	0	0	1

Fuente: DEIS, MSAL. Año 2019.

Estos datos muestran que la prematurez causa o se asocia al 55% de las muertes ocurridas durante el primer año de vida y, por lo tanto, su descenso constituye el principal desafío para reducir la mortalidad infantil.

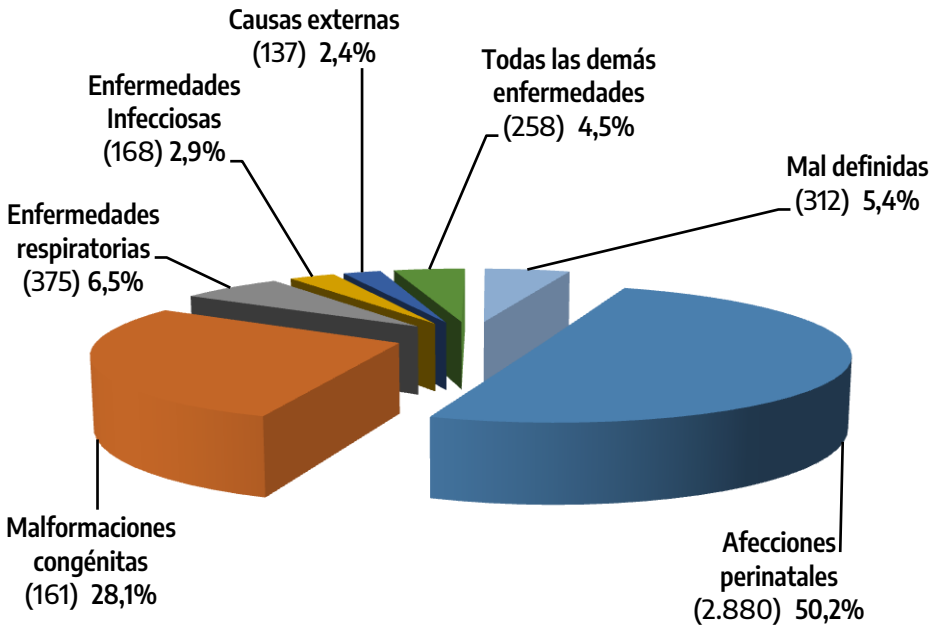
- Según las causas seleccionadas, las afecciones originadas en el periodo perinatal producen la mitad de las muertes infantiles y el 70% de las neonatales.
- Dentro de este conjunto de causas, los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal explican el 29% de las defunciones neonatales y el 19% de las infantiles.
- Se debe tener en cuenta que la prematurez, además, es una condición que subyace, muchas veces, en otras afecciones perinatales, contribuyendo al riesgo de muerte (por ejemplo sepsis bacteriana, dificultad respiratoria del RN, otras afecciones respiratorias del RN, hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento).

Gráfico 3. Mortalidad neonatal según causas, en números absolutos y porcentaje. Total país. República Argentina. Año 2019.



Fuente: MSAL. DEIS. Año 2019.

Gráfico 4. Mortalidad infantil según causas, en números absolutos y porcentaje.
Total país. República Argentina. Año 2019.

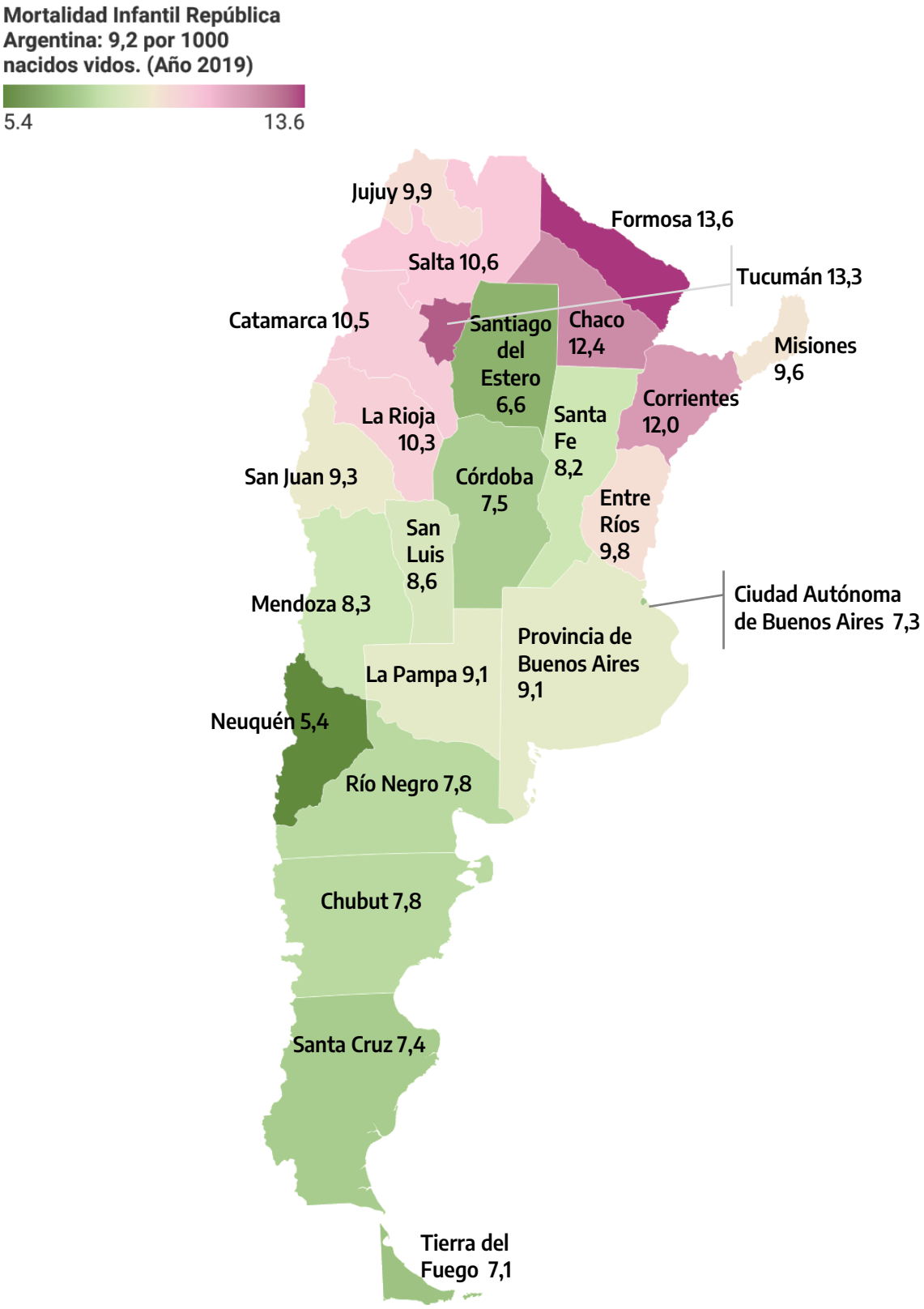


NOTA: En el gráfico, "*Todas las demás enfermedades*" es la sumatoria de las causas con números muy pequeños.

Fuente: MSAL. DEIS. Año 2019.

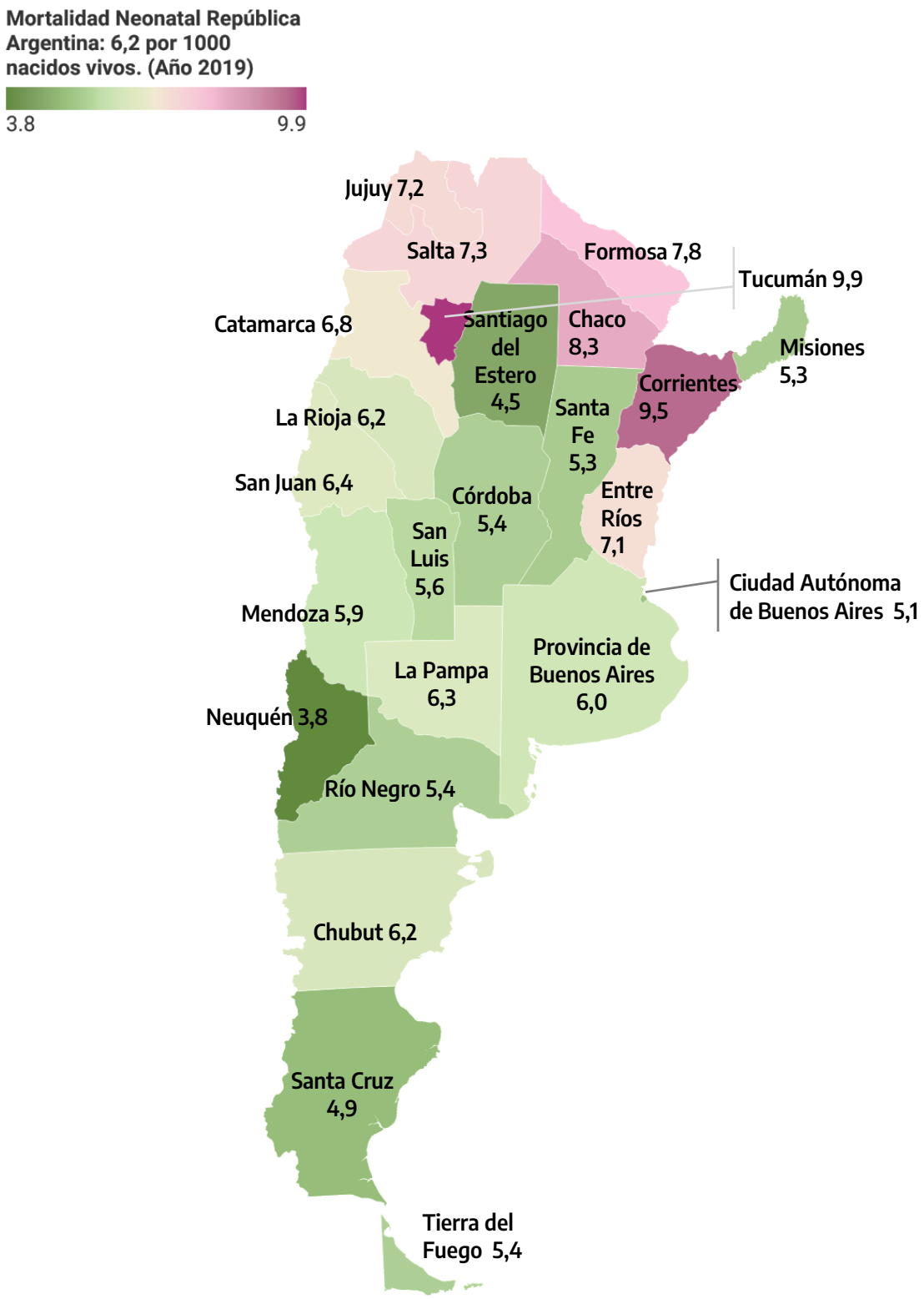
En cuanto a la distribución de la TMI y sus componentes a nivel jurisdiccional, se destaca una gran disparidad entre las provincias y, a la vez, entre los departamentos o municipios, lo que visibiliza las inequidades vinculadas a los determinantes sociales, al acceso al sistema de salud, a la regionalización de servicios y a la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos en los servicios de salud, entre otros factores.

Mapa 1. Tasa de Mortalidad Infantil por jurisdicción. República Argentina. Año 2019.



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2019.

Mapa 2. Tasa de Mortalidad Neonatal por jurisdicción. República Argentina. Año 2019.



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2019.

- La brecha entre la TMI y la TMN más bajas (5,4 y 3,8‰ RN vivos respectivamente) y las más altas del país (13,6 y 9,9‰ RN vivos) asciende a 2,5 veces.
- Las tasas más altas superan en un 50% el promedio nacional,

Cabe destacar que, para este análisis, es necesario considerar la influencia de la calidad de los datos en el valor de estos indicadores , particularmente en la mortalidad neonatal . Esto obedece a que , además del posible subregistro, podrían sumarse inconvenientes por la aplicación incorrecta de las definiciones de *nacido vivo* y de *defunción fetal*[40].

Por otra parte, es importante analizar la sobrevida de las y los niños nacidos según edad gestacional y peso al nacer. En la República Argentina, el promedio nacional de sobrevida al año en los prematuros de muy bajo peso es del 70% (DEIS, 2019), siendo muy inferior en los prematuros de extremo bajo peso.

Tabla 8. Sobrevida proporcional según edad gestacional, en números absolutos. Total país. República Argentina. Año 2019.

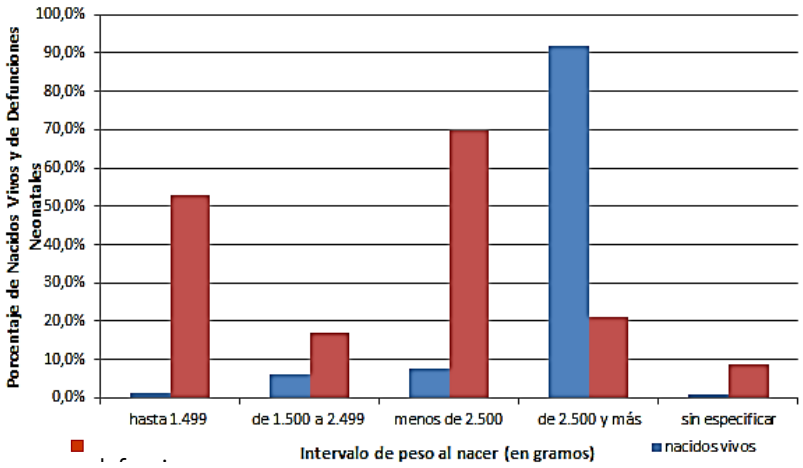
EG (en semanas)	RN vivos	Fallecidos	Sobrevida (%)
22-27	2.395	1420	40,7
28-31	4.996	782	84,4
32-36	48.200	948	98,0

Fuente: DEIS, MSAL, 2019.

- Se observa una drástica disminución de la sobrevida en los nacidos con prematurez extrema (menos de 28 semanas de gestación). Estos niños y niñas representan sólo el 0,38% de los nacidos vivos y, sin embargo, aportan el 36% de las muertes neonatales.
- La corta gestación se suma al peso como factor de riesgo, ya que dos tercios de los RNBP nacieron antes de completar las 37 semanas de gestación.

40 Uno de los errores más frecuentes es el que proviene de una incorrecta aplicación de la definición del hecho y de la inscripción del mismo. Existe una tendencia a inscribir como defunciones fetales a los niños que, aun habiendo nacido vivos, mueren inmediatamente. Esto significa que podría haber una subinscripción de nacidos vivos y también de las defunciones infantiles, situación que influye en el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Otro factor a considerar es la omisión de registro del nacimiento y la defunción (Ministerio de Salud de la Nación, Natalidad y mortalidad infantil 2019, Boletín N°163, Argentina, enero 2021).

Gráfico 5. Distribución de las defunciones neonatales e infantiles según el peso al nacer en gramos. República Argentina. Total país. Año 2019.



Fuente: MSAL. DEIS. 2019.

- Los nacidos con bajo peso (RNBP < 2500 g) constituyen el 7,5% de los nacidos vivos, pero aportan el 57% de las defunciones en los menores de 1 año y el 70% de las muertes en el primer mes de vida.
- Los nacidos con muy bajo peso (RNMBP < 1500 g) constituyen tan solo el 1,3% de los nacimientos; sin embargo, más de la mitad de los fallecimientos neonatales y el 41% de las muertes infantiles pertenecen a este grupo.

Tabla 9. Tasa específica de defunciones de menores de 1 año (por 1.000) según intervalos de peso al nacer. Total país. República Argentina. Año 2019.

INTERVALO DE PESO AL NACER (en gramos)			
≤ 1.499 g	1.500 g - 2.499 g	< 2.500 g	≥ 2.500 g
302,7‰	23,8‰	69,8‰	2,7‰

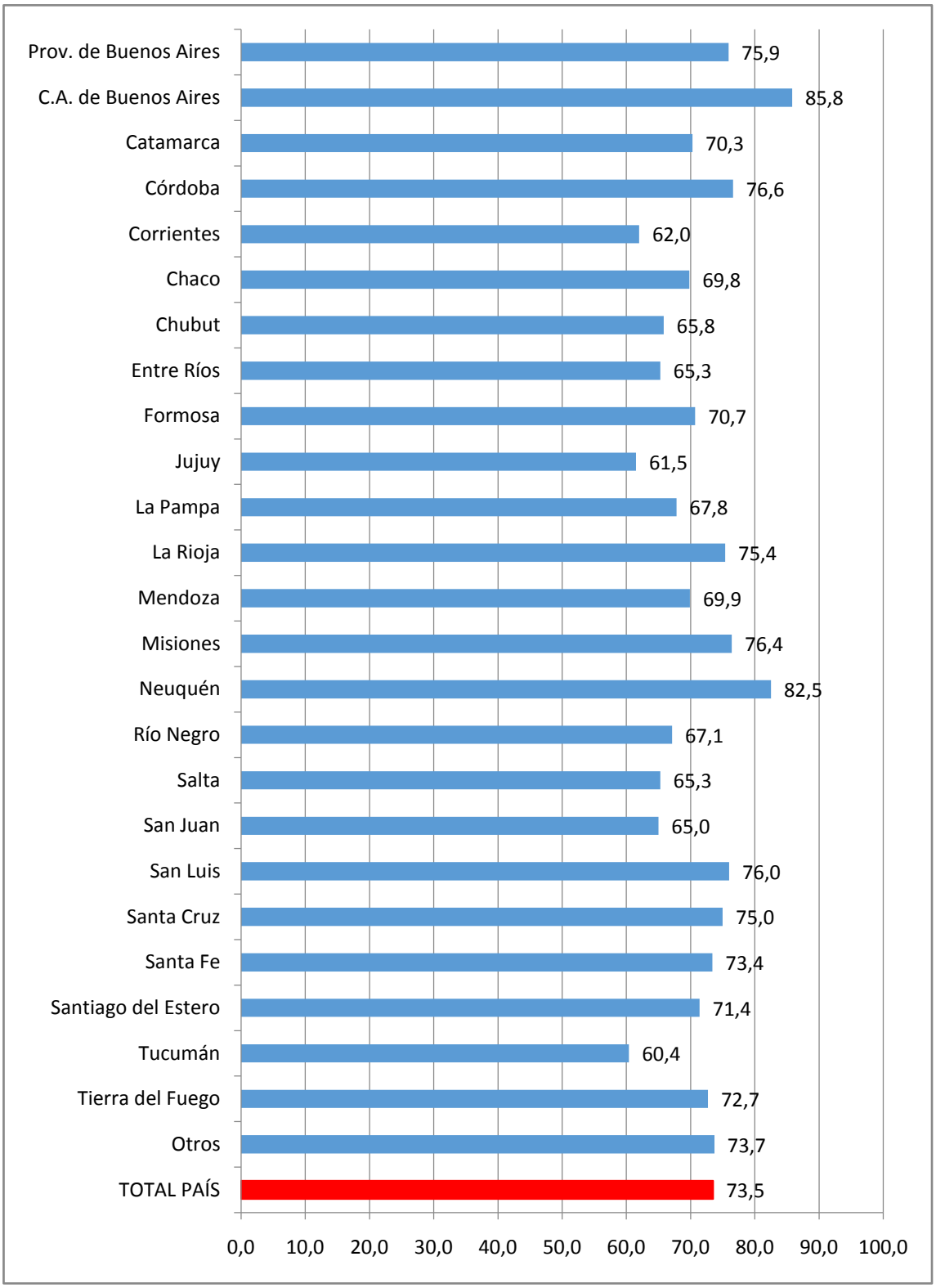
Fuente: DEIS- MSAL. Año 2019

- El bajo peso al nacer aumenta 7,6 veces la probabilidad de no sobrevivir al primer año de vida (TMI 9,2/‰, TM BP 70‰).
- El nacimiento con MBP incrementa 33 veces la probabilidad de no sobrevivir al primer año de vida (TMI 9,2/‰, TM MBP 302‰).

Cabe destacar que la brecha en la sobrevida de los nacidos prematuros más vulnerables está vinculada estrechamente al acceso a la salud, al funcionamiento de las redes de servicios de atención perinatal y a la calidad de atención de las unidades de cuidado intensivo neonatal.[41]

41 Schwarcz A. Regionalización de la Atención Perinatal. MSAL-OPS, 2011.

Gráfico 6. Sobrevida de Recién Nacidos con Muy Bajo Peso al Nacer, por jurisdicción, en porcentaje. República Argentina. Año 2019.



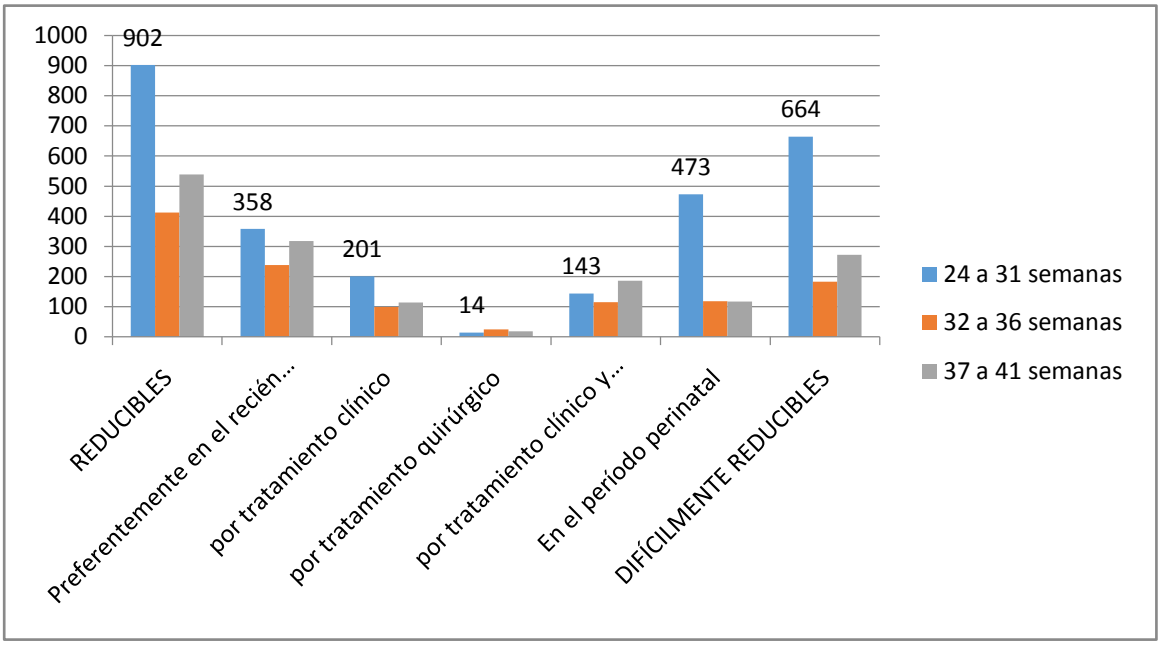
Fuente: Cálculo según la Mortalidad por peso al nacer por jurisdicción. MSAL. DEIS. 2019.

2.1.5. Mortalidad infantil según criterios de reducibilidad

Un aspecto central a considerar a la hora de analizar los datos de mortalidad infantil (neonatal y postneonatal) es la clasificación de causas según **criterios de reducibilidad**. Esta clasificación tiene como objeto detectar problemas, sustentar la toma de decisiones y guiar las estrategias, de forma tal que faciliten la implementación de intervenciones y medidas correctivas adecuadas.

Se agrupan bajo el término **reducibles** aquellas causas que corresponden a defunciones cuya frecuencia podría disminuirse en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente, a través de los servicios de salud. Y **difícilmente reducibles**, a aquellas defunciones que en la actualidad no son reducibles). Asimismo, se incorporó para el período neonatal y para el postneonatal, la categoría **no clasificables**, que incluye las enfermedades sobre las que no se puede aventurar un pronóstico o respuesta al tratamiento, aquellas de difícil interpretación y los casos de diagnósticos incompletos o insuficientes[42].

Gráfico 7. Criterios de reducibilidad de la mortalidad según edad gestacional, en números absolutos. República Argentina. Total país. Año 2019.



Fuente: DEIS. MSAL. Año 2019.

42 Más información disponible en Ministerio de Salud de la Nación, Natalidad y mortalidad infantil 2019, Boletín N°163, Argentina, enero 2021.

Si analizamos los criterios de reducibilidad de la mortalidad según edad gestacional, para el mismo año, **el 54% de las defunciones en nacidos vivos prematuros fueron reducibles** en el período perinatal por prevención, atención oportuna durante el embarazo o tratamiento.

- Cuanto menor es la edad gestacional al nacer, mayor la proporción de muertes difícilmente reducibles.
- El 53% de las defunciones antes de primer mes de vida se pueden reducir mediante acciones implementadas principalmente en cuanto a la atención del RN (27%) y en el período perinatal (20,7%)[43].
- En cuanto a las defunciones postneonatales (ocurridas entre los 28 y 365 días posteriores al nacimiento), el 66,1% se pueden reducir principalmente por tratamiento (29,1%) y por prevención y tratamiento (30,1%)[44].

Cabe destacar que la mayoría de las causas de muerte postneonatal están vinculadas a las condiciones de vida y del medio ambiente y esto es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.).

Es oportuno tener presente que muchos neonatos de alto riesgo (aquellos nacidos prematuros, con bajo peso, etc.) aun cuando sobreviven al período neonatal, persisten más vulnerables para afrontar los determinantes desfavorables y fallecen durante el período postneonatal.

Dado los progresos alcanzados en la reducción de la mortalidad postneonatal en las últimas décadas, en la actual estructura de la mortalidad infantil en el país , adquiere mayor peso el componente neonatal (mortalidad *dura*), fundamentalmente por afecciones originadas en el período perinatal (en las que la prematurez contribuye en gran medida) y malformaciones congénitas, cuya reducción requiere de acciones específicas en el marco de políticas públicas de salud.

Garantizar la sobrevida más allá del primer mes requiere de articulación y de la aceleración de las políticas destinadas a fortalecer la atención de la salud de las personas gestantes y de las y los recién nacidos. Esto incluye:

- acciones de prevención y detección oportuna centradas en el primer nivel de atención; trabajo comunitario para prevenir las infecciones congénitas (Sífilis, Chagas, VIH, etc.);
- consolidación de redes de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas y de otras complicaciones;
- anticipación para la derivación de las personas gestantes con riesgos o comorbilidades a centros de atención del nivel correspondiente;

43 Análisis de la natalidad y la mortalidad materna y en la niñez. A partir de la información proveniente del Sistema de Estadísticas Vitales de la República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, abril 2020.

44 Op. Cit.

- fortalecimiento de los servicios de salud perinatal para la atención de las situaciones de emergencia obstétrica;
- profesionales de Enfermería especializados y profesionales de Neonatología en número suficiente y adecuadamente distribuidos;
- acciones de capacitación continua de los equipos perinatales en cuidados centrados en la familia; y
- equipamiento y tecnologías acordes con los avances de la ciencia.

Con respecto a la sobrevida de niños y niñas luego del período neonatal , los mayores esfuerzos deben centrarse en prevenir infecciones respiratorias ; refuerzo de servicios para atención de las mismas; intervenciones apropiadas para los niños y niñas de familias con condiciones de vida vulneradas; programas para el sueño seguro; líneas de acción para las lesiones prevenibles; y en la detección oportuna de la desnutrición aguda, con estrategias focalizadas en las comunidades indígenas o rurales donde se encuentran los niños y niñas de mayor riesgo.

2.2. Prevención y atención especializada para reducir la prematurez y su impacto

2.2.1. Cuidado integral de la salud de las personas gestantes

En línea con lo expuesto hasta ahora, la prematurez es el resultado de una compleja red de determinantes que interactúan entre sí. Para su prevención, no basta con garantizar medidas de salud adecuadas, sino que también es necesario elaborar políticas integrales e intersectoriales orientadas a reducir las brechas de desigualdad que afectan a las personas gestantes y a las niñas y niños.

A partir de investigaciones desarrolladas dentro de este campo de estudios[45] y de datos aportados por el Sistema Informático Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud de la Nación[46], se han identificado tanto las condiciones clínicas que impactan sobre la incidencia del parto prematuro, como los de-

---

45 Más información disponible en:
Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Disponible en: https://tinyurl.com/5aeu4cka

Lawn et al. Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival, The Lancet, July 2014.

Smith LK, Draper ES, Manktelow BN, Dorling JS, Field DJ. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2007; 92: F11–14.

Goldenberg RL; Culhane JF; Iams JD; Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371: 75-84.

Goldenberg RL, Culhane JF. Prepregnancy health status and the risk of preterm delivery. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159: 89–90.

Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud, OPS/CLAP 2019.

Conde Agudelo A; Belizán JM; et al. Effect of the interpregnancy intervalo on perinatal outcomes in Latin America. Obstet Gynecol. 2005 Aug;106(2):359-66.

Bloomfield FH . How is maternal nutrition related to preterm birth? Annu Rev Nutr. 2011 Aug 21;31:235-61.

46 El SIP incluye datos del subsistema Oficial de Salud.

terminantes sociales y ambientales vinculados a la calidad de vida de las personas gestantes que constituyen barreras en el acceso a la salud y, por tanto, influyen sobre las posibilidades de prevenir los nacimientos pretérmino.

Factores de riesgo asociados a antecedentes obstétricos o patologías de la gestación en curso

- Un parto prematuro previo (menor a 37 semanas) aumenta de 2 a 5 veces el riesgo en un siguiente embarazo.
- El antecedente de una hija o hijo previo con peso menor a 2500 g duplica la probabilidad de parto pretérmino posterior (RR: 2,06 IC 95% 1.97-2,15 (SIP, 2019).
- La infección sintomática por SARS CoV-2 incrementa la probabilidad de un parto prematuro RR 1,59 (1,3-1,94).[47]
- Patologías preexistentes al embarazo: Diabetes prestacional Tipo 1 y 2, Hipertensión crónica, Epilepsia, Patologías psiquiátricas, Enfermedades renales, Consumo problemático de sustancias, etc.
- Complicaciones de la gestación actual: Embarazo múltiple, Hipertensión/Preeclampsia, Diabetes gestacional, Infecciones sistémicas y obstétricas, Hemorragias de la 1ª y 2ª mitad del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), Trombofilias, Anemia severa, Desnutrición, Consumo problemático de sustancias, etc.
- Las gestantes con obesidad son más propensas a desarrollar preeclampsia y diabetes, condiciones mórbidas asociadas a la mayor frecuencia de partos prematuros. También presentan mayor probabilidad de anomalías congénitas.[48] De acuerdo al IMC hay una frecuencia de sobrepeso de 26,2% y de obesidad del 22,4% al inicio del embarazo (SIP, 2019).
- Reproducción Asistida: Un gran metaanálisis de 15 estudios comparó casi 13.000 embarazos mediante reproducción asistida (FIV) con 1,9 millones de partos únicos concebidos espontáneamente. Encontraron el doble de tasas de mortalidad perinatal, parto prematuro, prematuros extremos y pequeño para la edad gestacional para las y los nacidos después de FIV (OR 2,0; CI 1,7; 2,2.)[49]

47 Villar J el al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection. The INTERCOVID Multinational Cohort Study.

48 Goldenberg RL; Culhane JF; Iams JD; Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371: 75-84. Disponible en: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2808%2960074-4.

49 Jackson RA, Gibson KA, et al: Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: A meta-analysis. Obstet Gynecol 103:551, 2004

Determinantes sociales, barreras e inequidades en el acceso a la salud y calidad de vida

- La desnutrición de la persona gestante (IMC inferior a 19 kg/m^2 se asocia con mayor riesgo de parto pretérmino espontáneo [50].
- El intervalo intergenésico menor a 2 años, pero especialmente menor a los 6 meses, aumenta el riesgo de prematurez en el embarazo siguiente. Según datos del SIP, en 2019 el 19,8 % de los nacimientos presentaron esta característica (OR: 1,22; 1,17-1,18).
- Las condiciones de vida desfavorables se relacionan con el parto prematuro. En el marco del Programa de Seguimiento de Alto Riesgo de la provincia de La Rioja se evalúan los determinantes sociales. Según la información relevada, el 64% de las madres recibe AUH, el 70% de las familias tiene cobertura pública de salud, el 70% de las familias se encuentra en situación de pobreza y el 4% de indigencia[51].
- Las niñas y adolescentes menores de 18 años que cursan un embarazo presentan mayor riesgo de parto pretérmino respecto de los otros grupos de edad. El riesgo es aún mayor en los casos de menores de 13 años; el impacto en la trayectoria de vida de estas niñas y adolescentes es muy significativo y, a su vez, se debe considerar la posibilidad que dicho embarazo sea producto de un abuso sexual, específicamente en menores de 13 años[52].
  En 2019, el embarazo adolescente en menores de 15 años representó un 0,6% del total de los nacimientos y de 16,7% entre las adolescentes de 15 a 19 años (correspondientes, en números absolutos, a 45.828 nacimientos), presentando marcadas diferencias entre las jurisdicciones (DEIS, 2019).
- Las personas gestantes que sufren altos niveles de estrés tienen 2 veces más riesgo de parto pretérmino y puede ser producto de situaciones de violencia , discriminación, estrés laboral, entre otros.[53] [54]Específicamente la violencia de género se encuentra asociada a resultados perinatales adversos entre ellos mayor frecuencia de parto prematuro y bajo peso al nacer.[55] [56]

---

50 Bloomfield FH . How is maternal nutrition related to preterm birth? Annu Rev Nutr. 2011 Aug 21;31:235-61

51 Programa de Seguimiento de Alto Riesgo. Provincia de La Rioja. Datos no publicados (2021).

52 Para mayor información sobre cómo proceder en estas situaciones, remitirse a: Hoja de Ruta para la Atención de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud, 2da. Edición, aprobado por la Resolución 1841/2020 del Ministerio de Salud. Asimismo, en el marco del Plan de Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) se elaboraron lineamientos institucionales para los equipos técnicos disponibles en https://www.argentina.gob.ar/planenia

53 Saurel-Cubizolles MJ, Zeitlin J, Lelong N et al. for the Europop Group. Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey. J Epidemiol Community Health 2004; 58: 395–401.

54 Goldenberg RL; Culhane JF; Iams JD; Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371: 75-84. Disponible en: https://tinyurl.com/3r7ezvsv

55 Marta de-Gracia-de-Gregorio. Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada, una revisión bibliográfica actualizada. Disponible en: https://tinyurl.com/cbup4jmw

56 Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS, Ginebra, 2013.

- La edad materna avanzada (igual o mayor de 35 años) es un factor asociado a la prematurez. El 18,2% del total de los nacimientos corresponden a este rango etario (DEIS, 2019). Es importante tener en cuenta las complicaciones materno-fetales asociadas a la edad avanzada, pues en este extremo de la vida fértil las enfermedades crónicas preexistentes y la obesidad pueden ser una explicación para el aumento del riesgo de Prematurez (<37 semanas) OR 1,45 (1,38-1,53) [57 58 59] En una maternidad pública argentina se encontró un mayor riesgo de parto pretérmino (<37 sem) en las mujeres de edad avanzada (>35 años), con un OR 1,79 (IC 95% 1,3-2,46) en comparación con las de 20 a 29 años.[60]
- El consumo problemático de sustancias: cualquier tipo de consumo de una sustancia psicoactiva sin indicación terapéutica, en el embarazo, es perjudicial para la persona gestante y para la persona recién nacida.

Teniendo en consideración estos datos, una de las principales estrategias para la prevención de los partos prematuros son los controles antes y durante el embarazo (preconcepcional y prenatal), que permiten identificar factores de riesgo e inequidades, cuidar integralmente la salud y garantizar el acceso a recursos y el ejercicio de los derechos a las personas gestantes y sus hijos. Asimismo, se debe considerar en la primera consulta el deseo de continuar el embarazo, acompañar y asesorar de acuerdo a su decisión[61].

El control prenatal precoz, completo, periódico y de amplia cobertura[62] es una estrategia fundamental para la detección oportuna de los factores de riesgo asociados a prematurez. En consecuencia, es necesario enfocar el trabajo en el refuerzo de la capacitación, remarcando su importancia ante todo el equipo de salud del primer nivel de atención.

- Sólo el 31,4% de las personas gestantes atendidas en el sector público inició tempranamente el control precoz del embarazo, es decir, antes de la semana 12ª de gestación (SIP, 2019).
- El 72,4% de las personas gestantes tuvieron 5 o más controles (SIP, 2019).
- El 4,3% llegó al parto sin ningún control prenatal (SIP, 2019).

---

57 Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP (2017) Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 12(10): e0186287. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186287

58 Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud, 2019

59 Disponible en: https://tinyurl.com/2cpbeu96

60 Valenti E, Laterra C, Campos Flores J, Swistak E, Di Marco I. Recomendaciones para el manejo de embarazos con edad materna avanzada. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.2014.
Disponible en: https://tinyurl.com/3stse5ch

61 Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2021. Buenos Aires, MSal, marzo 2021. Disponible en: https://tinyurl.com/yf45tcyu (último acceso: 13/07/2021).

62 Conforme a la actualización de la "Guía para la Atención Prenatal del Embarazo de Bajo Riesgo" (actualización e proceso de publicación), la definición de control prenatal adecuado requiere un mínimo de 8 visitas al sistema de salud. Más información: OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Disponible en: https://tinyurl.com/4zm7hnc9

Ahora bien: si se analizan estos datos según nivel educativo, quintil de ingreso y cobertura de salud de la persona gestante (indicadores de desigualdad social) se observan significativas desigualdades. De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS-2):[63]

- El primer control se realiza más tardíamente en mujeres con menor nivel de escolaridad (semana 11,2) y más temprano en mujeres con secundario completo y más (semana 8,6).
- En las mujeres pertenecientes al quintil 1 de ingreso el primer control fue más tardío (semana 11,9), ocurriendo lo opuesto en las pertenecientes al quintil 5 (semana 7,2).
- El tiempo promedio de gestación en el primer control fue 11,5 semanas para quienes tienen sólo cobertura pública, mientras que para quienes tienen cobertura de OS o privada fue 8,3 semanas.
- Por cuanto a cantidad de controles, entre aquellas mujeres que reportaron haber realizado al menos uno durante el embarazo, el número promedio de controles fue de 8,5, siendo menor en mujeres con menor nivel de escolaridad (7,9 controles) y mayor en mujeres con secundario completo o más (9,3 controles); menor en aquellas pertenecientes al quintil 1 de ingreso (7,7 controles) y mayor en aquellas pertenecientes al quintil 5 de ingreso (9,8 controles). Se observó, además, una diferencia entre las mujeres que tuvieron cobertura privada de salud (9,4 controles), frente a las que tienen cobertura pública (7,8 controles).

Este análisis es central para comprender cómo los determinantes sociales constituyen efectivamente barreras en el acceso a la salud, sobre los cuales debemos trabajar para acortar las brechas de desigualdad y garantizar el cuidado integral a la salud para todas las personas.

Por otro lado, las consultas prenatales son instancias de consejería y acompañamiento integral en las cuales se brindan pautas de alarma ante síntomas de Amenaza de Parto Prematuro (APP), se garantiza el derecho a la protección, seguridad social y alimentaria, y se promueve la lactancia.

Al respecto, cabe resaltar que uno de los derechos más afectados en el contexto actual –como se ha descrito anteriormente– es la alimentación. Se deben realizar acciones coordinadas para garantizar el acceso a alimentos, en especial para las personas gestantes y las y los niños nacidos prematuros. Entre los desafíos a priorizar está la garantía de la lactancia universal exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta, por lo menos, los 2 años. Aún estamos lejos de esta meta, según datos de la ENNyS2[64],

- Entre aquellas personas que reportaron haber recibido controles de salud durante el embarazo, el 80,7% refirió haber recibido indicación de suplementos de hierro y el 79,5% de ácido fólico. Sin embargo, sólo el 61,4% de las mujeres recibió información sobre la lactancia durante los controles o durante el curso preparto, sin diferencias según las características sociodemográficas.
- El 96,9% de los lactantes iniciaron efectivamente la lactancia; sin embargo, la prevalencia de lactancia exclusiva hasta el sexto mes de vida desciende a 43,7%. Los tres motivos más frecuentes de abandono de la lactancia fueron el haberse quedado sin leche, el abandono

63 Ministerio de Salud de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS-2). Indicadores priorizados. Argentina, 2019. Disponible en: https://tinyurl.com/pp45pfvb

64 Op. Cit.

espontáneo por parte del lactante y la percepción de hambre del niño/a, todos motivos reducibles considerando un adecuado y oportuno abordaje de las políticas de promoción y protección de la lactancia.

El contexto histórico actual nos exige pensar la lactancia en corresponsabilidad social con paridad en los cuidados, licencias amplias y espacios laborales facilitadores de lactancia. En particular –vistas las leyes nacionales 25.929/2004 y 26.873/2015– desde el Estado se promueve la creación y desarrollo de los Centros de Lactancia Materna y Bancos de Leche Humana en instituciones con internación neonatal. Ambas estrategias, cuentan con marco normativo para su implementación en el territorio nacional y procuran maximizar las oportunidades de los lactantes internados de recibir leche humana.

En síntesis, el acompañamiento integral, la gestión de recursos y asignaciones que correspondan, la prevención de las violencias y protección de derechos, la consejería y búsqueda activa de las personas gestantes resultan estrategias centrales para la prevención de la prematurez. Estas acciones involucran no sólo al Sistema de Salud (en los distintos subsectores y niveles de atención), sino a todos los actores (organismos y organizaciones comunitarias) comprometidos en el abordaje corresponsable de la prematurez.

2.2.2. Impacto de la regionalización en la sobrevida de las y los nacidos prematuros

Tal como se ha expuesto, la Regionalización de la Atención Perinatal involucra una red coordinada de servicios y equipos de salud interdisciplinarios que, de acuerdo a las necesidades de la población y al área geográfica, brinda respuesta a cada situación según el grado de complejidad que cada institución provee.

Es fundamental remarcar que esta estrategia involucra a los equipos interdisciplinarios de todos los niveles de atención, a fin de garantizar la distribución equitativa de los recursos, la atención adecuada a la salud de las personas gestantes, y de las y los recién nacidos según corresponda.

Para su implementación, se requiere:

i) organizar un sistema de derivación y traslado que involucra a todos los efectores;

ii) clasificar las maternidades según el nivel de complejidad de la atención que ofrecen; y

iii) formalizar el flujo entre los servicios de salud, de modo tal que permita un funcionamiento óptimo, en red, desde y hacia los diferentes niveles de complejidad según las necesidades de las personas gestantes, las niñas y niños, y según la capacidad de respuesta de los servicios (referencia y contra referencia).

En ocasiones, los lugares donde nacen las y los recién nacidos prematuros pueden carecer de recursos humanos y materiales para la atención de la urgencia vital y la estabilización de la persona recién nacida en situación crítica. También es una realidad la existencia de centros hospitalarios que carecen de la tecnología suficiente para tratar de forma óptima ciertos procesos graves, lo que impone el traslado interhospitalario.

Adicionalmente, es necesario considerar que la valoración y tratamiento de las y los recién nacidos con enfermedades críticas requiere de experiencia y entrenamiento especializados. En dicha situación, si las necesidades clínicas exceden las capacidades del hospital local, se ha de llevar a cabo el transporte interhospitalario a fin de aumentar al máximo la probabilidad de un buen pronóstico. Con ello se consigue que los neonatos en situación crítica puedan acceder a mejores resultados, pronósticos de supervivencia y una menor incidencia de secuelas.

Según quedó expresado más arriba, la búsqueda activa, la captación temprana de personas gestantes y su atención y seguimiento desde los centros de atención primaria de la salud a nivel comunitario, así como el diagnóstico oportuno y la evaluación de riesgo, realizado por equipos interdisciplinarios capacitados y entrenados, constituye una estrategia central, tanto para la prevención como la detección y derivación oportuna de las gestantes de riesgo, de acuerdo a la siguiente clasificación:

Tabla 10. Categorización de las maternidades y estrategias según niveles de complejidad (CONE)[65].

Niveles	Obstetricia	Neonatología
I	1. Ambulatorio: Control embarazo 2. Detección riesgo obstétrico	Control RN sano
II	1. Embarazos de bajo riesgo 2. Posibilidad de cesáreas 3. No terapia intensiva	RN > 35 semanas A cargo de Pediatras
IIIA	1. Embarazos de alto riesgo 2. Especialidades 3. Terapia intensiva	RN > 32 semanas
IIIB		RN < 32 semanas

Los programas de regionalización promueven la derivación del alto riesgo materno y neonatal, considerando el método de transporte más seguro para el prematuro extremo , el transporte *in utero*. En este sentido, se espera que las y los recién nacidos prematuros puedan nacer o sean asistidos en el nivel de complejidad que le corresponde a su edad gestacional. Si consideramos el porcentaje de nacidos vivos prematuros en 2019 (Tabla 11),

- el 70,3% de los menores de 32 semanas nacieron en una institución nivel IIIB, y
- el 81,9% de los nacidos vivos entre 32 y 35 semanas fueron en efectores del nivel III (A-B).

65 Categorización de las maternidades y estrategias según niveles de complejidad (CONE).

Tabla 11. Nacidos vivos pretérmino (por edad gestacional) según nivel de complejidad, en porcentaje. Total país. República Argentina. Año 2019.

Intervalos SEGÚN EDAD GESTACIONAL	Categorización de Maternidades				Total con dato
	CONE II	CONE III A	CONE III B	SIN CONE	
<32	13,7%	15,0%	70,3%	1,1%	100,00%
32 a 35	17,1%	24,0%	57,9%	1,0%	100,00%
36	22,5%	23,7%	52,2%	1,7%	100,00%

Fuente: SIP. MSAL. Año 2019.

De acuerdo con la información disponible, 7 de cada 10 de las y los nacidos menores de 1500 g y 8 de cada 10 de las y los nacidos entre 1500 y 2499 g ocurren en los establecimientos adecuados a su peso al nacer.

Esta misma tendencia se observa al analizar los nacimientos con bajo peso según nivel de atención. De acuerdo a los datos del SIP, en 2019 (Tabla 12),

- el 70% de las y los nacidos vivos con muy bajo peso nacieron en el nivel IIIB; y
- el 78,74% de aquellos entre 1500 y 2499 gr en el nivel III (A-B).

Tabla 12. Nacidos vivos por intervalo de peso al nacer según nivel de complejidad, en porcentaje. Total país. República Argentina. Año 2019.

Intervalos SEGÚN PESO AL NACER	Categorización de Maternidades				Total con dato
	CONE II	CONE III A	CONE III B	SIN CONE	
< 1500 g	13,79%	15,07%	70,09%	1,06%	100,00%
1500 g a 2399 g	19,86%	23,00%	55,75%	1,40%	100,00%
≥ 2500 g	28,67%	22,74%	45,26%	3,34%	100,00%

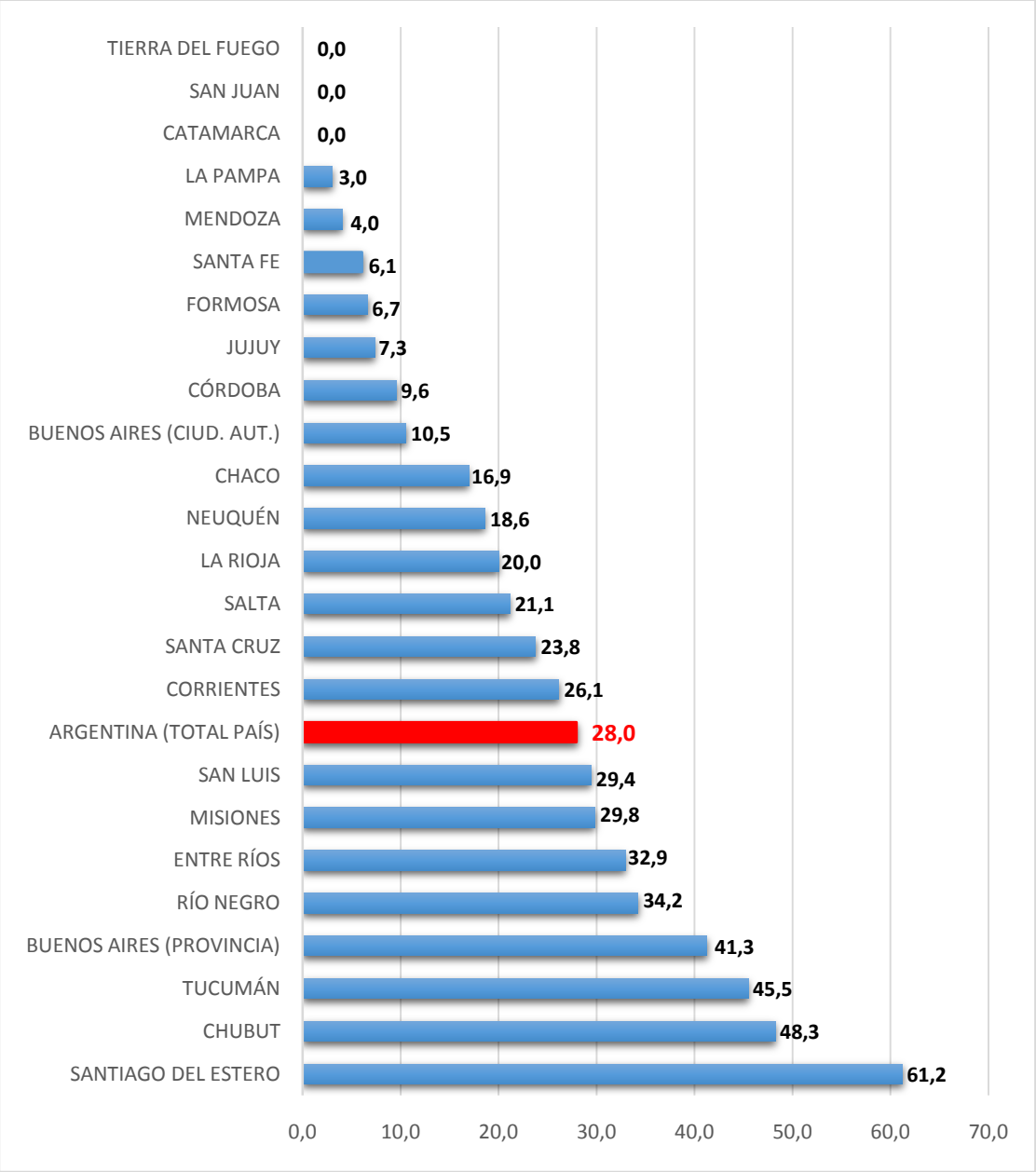
Fuente: SIP. MSAL. Año 2019.

Si se analiza la evolución de estos indicadores en los últimos años, se observa un **significativo incremento en la cantidad de nacimientos de bajo peso atendidos en los niveles correspondientes**. De acuerdo a los datos del SIP (2019),

- La proporción de nacimientos con peso al nacer menor a los 1500 g en establecimientos no adecuados (es decir, distinto a CONE IIIB), descendió del 35,7% (en 2016) al 28% (en 2019), lo que implica una mejora de 7,8 puntos porcentuales.
- En cuanto a los nacimientos entre 1500 y 2499 g, en 2016 un 25,1% ocurrió fuera del nivel III, frente a un 20,8% en 2019, lo que representa una mejora de 4,3 puntos porcentuales.

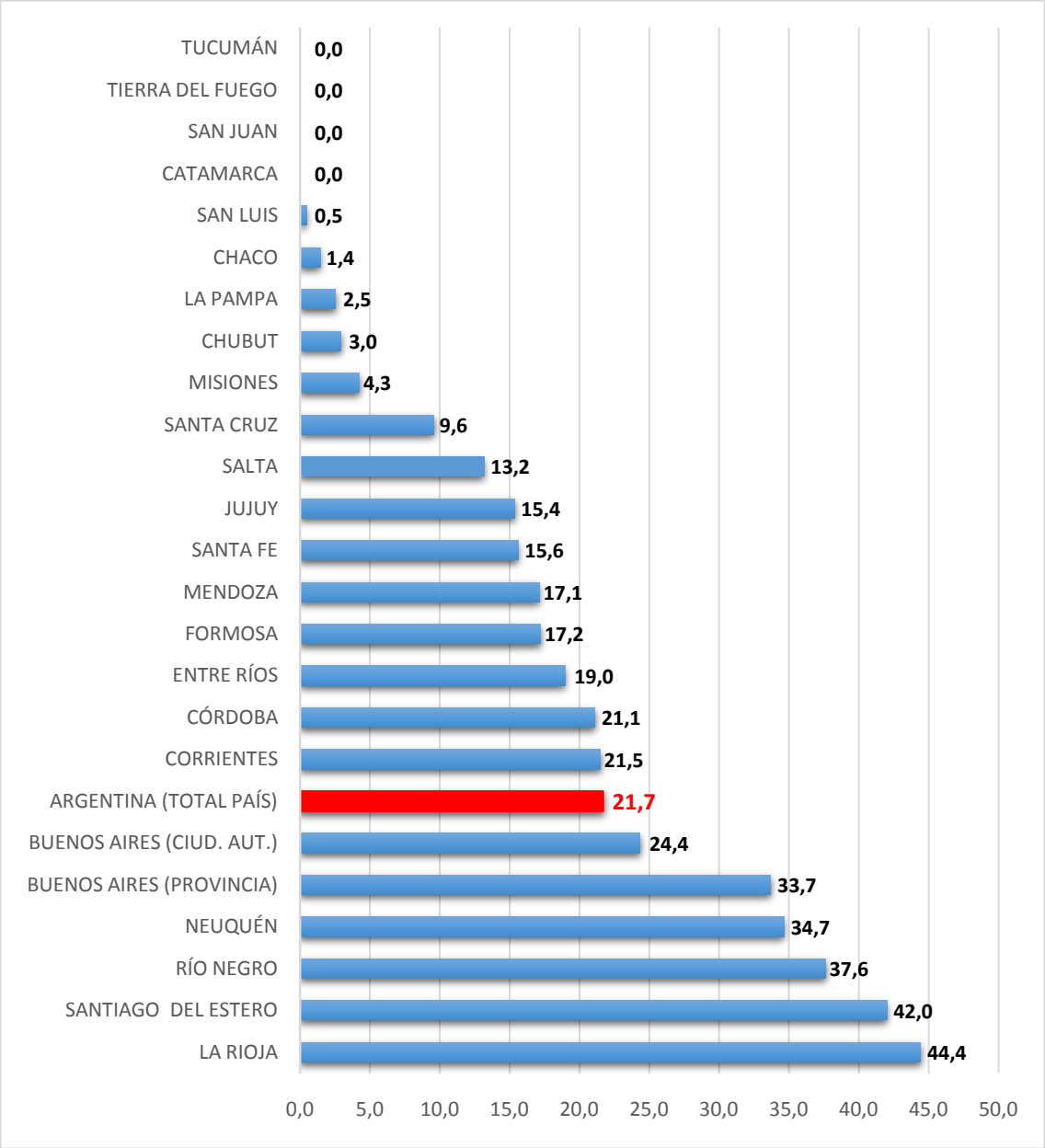
Ahora bien: si se toma en consideración el lugar de residencia de la persona gestante, se identifican significativas diferencias entre las jurisdicciones, tal como se muestra en los siguientes gráficos.

Gráfico 8. Nacidos Vivos con peso al nacer menor a 1500 g en establecimientos públicos No-Nivel IIIB, según jurisdicción, en porcentaje. República Argentina. Año 2019.



Fuente: MSAL. SIP. 2019.

Gráfico 9. Nacidos Vivos 1500-2499 g en establecimientos públicos No-Nivel III A-B, según jurisdicción, en



porcentaje. República Argentina. Año 2019.

Fuente: MSAL. SIP. 2019.

Cuando se analiza por jurisdicción de residencia de la persona gestante, se observa una amplia variabilidad en el número de niñas y niños nacidos fuera del nivel de complejidad que les corresponde; incluso algunos valores duplican la media nacional. Esto visibiliza las dificultades en la regionalización perinatal generando grandes inequidades en el acceso y la atención de las y los RN, dificultades que han sido analizadas en la segunda reunión nacional con los efectores y los niveles centrales de cada jurisdicción, realizada en el 2018.

Barreras a las que se enfrenta el proceso de regionalización del cuidado perinatal

1. Políticas: relacionadas con los condicionamientos de las decisiones políticas (a nivel nacional, provincial o municipal); con las medidas que se adoptan y no favorecen una correcta regionalización y con las relaciones interjurisdiccionales.

2. Económicas: consecuencia, a nivel del Estado, de la falta de inversiones en el sistema, en recursos logísticos y en transporte; y, a nivel poblacional, de la situación socioeconómica y sus condicionantes en la relación sistema de salud-comunidad.

3. Geográficas: vinculadas a las características topográficas de cada provincia o región, y a las distancias a recorrer en cada una.

4. Informativas: derivadas de la carencia, la insuficiencia o las contradicciones de la información en el ámbito del Sistema de Salud –tanto a nivel político como entre los equipos de salud de los diferentes niveles de atención– en cuanto a lo que significa la Regionalización Perinatal.

5. De recursos humanos: referidas a la falta de profesionales y equipos de salud; a la formación y capacitación de los mismos; a la ausencia de incentivos y los bajos salarios; y a la falta de horas de trabajo en el subsistema público.

6. Gremiales: relacionadas con los conflictos y desacuerdos de los gremios con decisiones que favorezcan la correcta regionalización.

7. Comunicacionales: relacionadas con las dificultades para establecer una comunicación formal en las derivaciones (conocer el lugar que ocupa cada actor en la red de atención peri- natal); y con respecto a los medios que se utilizan (soportes comunicacionales –correos electrónicos, teléfonos, mensajería de WhatsApp–).

8. Culturales: respecto a los usos y costumbres de la población (por ejemplo, "parir en el lugar donde se vive") y aquellas relacionadas con la cultura organizacional de las instituciones de salud.

9. De infraestructura: referidas a la falta de adecuación de los espacios físicos de los efectores de acuerdo a su categorización; y al deterioro o inexistencia de efectores de acuerdo a las necesidades del sistema.

10. Organizacionales: las que se vinculan a la incapacidad de organización para conformar redes de atención en el subsector público; en los propios efectores y en la integración de los tres subsistemas (público, privado y de obras sociales).

Oportunidades para lograr el progreso de la Regionalización Perinatal identificadas en el II° Encuentro Nacional de Regionalización de la Atención Perinatal (2018)

- Instalar esta política en la agenda pública favoreciendo el acuerdo y compromisos en todos los niveles de gestión (nacional, provincial y municipal).
- Visibilizar la fragmentación y segmentación de nuestro Sistema de Salud.
- Abordar los problemas de recursos humanos, tanto desde el punto de vista de su formación, ingresos económicos, reconocimiento profesional.

- Difundir la estrategia de regionalización perinatal, tanto a nivel de los profesionales de la salud como de la propia comunidad.
- Lograr consenso en la definición de las condiciones esenciales del traslado neonatal.

2.2.3. Morbilidades y discapacidades asociadas a la prematurez

La prematurez está asociada a mayor morbilidad a lo largo de la vida. Ésta se expresa en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, del crecimiento postnatal, del neurodesarrollo y en déficits neurosensoriales (audición, visión) que pueden comprometer la calidad de vida y que requieren prestaciones diferenciales en los distintos sistemas por los que se transita a lo largo de la vida (educación, salud, recreación, esparcimiento, deportes, entre otros) y que tienen impacto sobre la sociedad toda.

¿Qué se entiende por Cuidados Integrales de Salud?

La definición de niños y niñas que requieren en su abordaje sanitario *Cuidados Integrales* alude a un grupo heterogéneo de niños y niñas que tienen o están en riesgo de presentar una condición crónica de tipo físico, del desarrollo, conductual o emocional y que, por lo tanto, deben recibir mayores cuidados por parte de los servicios de salud que aquellos considerados para el general de (los) niños y (las) niñas [66] [67].

Los conjuntos de prácticas que suelen requerir personas gestantes y RN prematuros pueden resumirse en:

a) uso de medicamentos;
b) controles con profesionales del equipo de salud.
c) consultas con el servicio de salud mental interdisciplinario
d) gestión de recursos por discapacidad;
e) necesidad de terapias de habilitación;
f) terapias de rehabilitación
e) necesidad de tratamientos o asesoramiento por problemas emocionales, del desarrollo o de la conducta [68] [69].

66 Mc-Pherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics 1998; 102: 137-9.

67 Artículo 22°, Ley Nacional N° 27.611/2020 de Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia.

68 Bethell CD, Read D, Stein REK, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. Ambulatory Pediatrics 2002; 2: 38-47.

69 Bethell CD, Read D, Blumberg SJ, Newacheck PW. What is the prevalence of children with special health care needs? Toward an understanding of variations in findings and methods across three national surveys. Matern Child Health J 2008; 12: 1-14.

Dentro del Sector Salud, el concepto de *Cuidados Integrales* involucra a múltiples actores de distintos niveles de atención, así como a especialistas de distintos campos, que debieran conformar un equipo de referencia para evitar el "peregrinar" de referentes afectivos (ya sean familiares o no) por las múltiples consultas inconexas dentro del sistema sanitario, ya sea en el sector público o privado.

La organización de agendas, la articulación entre efectores, la referencia y contrarreferencia, el trabajo en equipo y el fortalecimiento de redes matriciales son acciones o estrategias organizacionales que aportan a ese cuidado *integral*. Es habitual encontrar a niños y niñas que reciben prestaciones desde distintas instituciones cuyos equipos no mantienen contacto entre sí.

El marco de referencia para este abordaje es el de los *determinantes sociales de la salud*, para lo cual resulta imprescindible la intersectorialidad y el trabajo conjunto desde distintos sectores y diversos enfoques (como Educación, Discapacidad, Justicia, Transporte, Sistema de protección de derechos, Desarrollo Social, entre otros). La interacción irá cambiando según el tipo de condición de salud de base, la existencia de discapacidad, momento del curso de vida y las múltiples variables sociales, económicas y ambientales, que deben ser evaluadas periódicamente.

La evidencia muestra que la existencia de **un equipo con funciones de Coordinación de Cuidados** para este grupo poblacional, mejora los indicadores sanitarios vinculados al uso del sistema de salud. Este funcionamiento ha demostrado reducciones en la estadía hospitalaria, en el número de consultas en unidades de urgencia y en el gasto en salud[70]. A partir del diseño conjunto de un **Plan Integral de Cuidados** y del acompañamiento para su mejor tránsito, se garantiza el acceso a derechos que de otra forma –con un modelo de atención fragmentada– tienden a ser vulnerados.

La fragmentación y la falta de coordinación de los cuidados generan un mayor gasto en salud, al favorecer mayor cantidad de consultas –programadas y a Emergencias– por falta de acompañamiento e intervenciones oportunas; mayor uso de días-cama; peor calidad de atención y mayor exposición a errores médicos. Para las personas a cargo de la crianza de niños y niñas con estas condiciones de salud, la falta de coordinación de cuidados implica mayores niveles de estrés y peor calidad de vida, al verse forzadas a asumir las tareas de cuidado, gestión de insumos, prestaciones y afrontar mayores cargas económicas.

Si bien el universo de personas gestantes, niños y niñas que debieran recibir cuidados integrales de salud no se limita a quienes han nacido en condiciones de prematurez, lo cierto es que esta población presenta, dependiendo de su fenotipo, un riesgo elevado de condiciones crónicas de salud física, emocional, del desarrollo o del comportamiento, requiriendo en consecuencia servicios de salud relacionados, en calidad y cantidad diversa, y mayor a la requerida por los niños y niñas en general.

Sobre la base de lo expuesto, resulta fundamental incluir a los niños y niñas que nacieron pretérmino en programas de seguimiento, a través de los cuales se interviene dando respuestas anticipatorias a condiciones específicas, para prevenir o atenuar su impacto sobre la salud y la calidad de vida.

---

70 Children's Hospital Association. Coordinating All Resources Effectively (CARE) Award. A national three year project to transform care delivery and payment for children with medical complexity. https://www.childrenshospitals.org/Care . Último acceso: 13/07/2021.

A su vez, los programas de seguimiento pueden brindar información sobre diferentes problemas de salud y su evolución a lo largo del tiempo, si ajustan adecuadamente su marco conceptual y se proponen metas claras[71]. La mayoría de estos programas se focalizan en la evaluación del neurodesarrollo, los trastornos motores, los déficits neurosensoriales y los problemas de crecimiento. Estos criterios se amplían a medida que se conoce mejor la relación entre la prematurez y otras comorbilidades que se expresan a lo largo de la vida. Por ello, es necesario que estos programas brinden información para conocer las consecuencias médicas y sociales del nacimiento prematuro.

Déficits cognitivos-conductuales

Los trastornos del desarrollo son frecuentes pero no existe evidencia local suficiente acerca de su magnitud para diferentes edades gestacionales al nacer, en poblaciones de adolescentes y jóvenes o en entornos sociales adversos. No obstante, se conoce que su incidencia es mayor a medida que disminuyen el peso o la edad gestacional al nacer.

A continuación se destacan algunos aspectos relevantes a considerar:

- Complicaciones neonatales como la hemorragia intraventricular grados III-IV, la leucomalacia quística periventricular, la sepsis neonatal, la displasia broncopulmonar severa o condiciones como la no administración prenatal de corticoides o la administración postnatal de corticoides a nacidos antes de las 32 semanas de gestación, han sido descritos como factores de riesgo independientes para el desarrollo de parálisis cerebral (PC). La prevalencia de PC aumenta a medida que disminuye la edad gestacional al nacer y se estima que afecta a entre 5-10 % de los menores de 32 semanas al nacer[72].
- Además de la mayor prevalencia de discapacidad motora, intelectual o sensorial, otros problemas de diverso impacto han sido descriptos en la población de las personas nacidas de parto prematuro. Entre otras, las dificultades en el aprendizaje; la necesidad de acompañamiento y educación especiales; los problemas de las funciones ejecutivas, el lenguaje y la comunicación, de la atención, impulsividad e hiperactividad; los desórdenes del espectro autista; los problemas de la alimentación asociados a la oralidad y los trastornos del sueño (apneas) que pueden presentarse durante la primera infancia. En su mayoría están relacionados con los eventos perinatales, aunque pueden vincularse además con factores tales como la edad materna, la disfunción de la salud mental materna y las desventajas económico-sociales del entorno de crianza[73].
- Entre el 25% y el 50% de los nacidos antes de las 32 semanas de gestación presentan alguna alteración cognitiva, conductual, social o bajo rendimiento escolar[74].

---

71 Doyle L, Anderson P, Battin M, Bowen JR, Brown N, Callanan C, Woodward L, Long term follow up of high risk children: who, why and how? BMC Pediatrics 14(1) 2014.

72 Developmental Follow up of children and young people born preterm. NICE guideline 2017.
Disponible en: Overview | Developmental follow-up of children and young people born preterm | Guidance | NICE

73 Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M: Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. N Engl J Med 2005, 352:9-19

74 Wolke D, Johnson S, Mendonca M. The live course consequences of very preterm birth. Annual Review of Developmental Psychology. 1(1) 69-92. 2019.

- En un análisis poblacional realizado en Noruega en 2003 que incluyó a los adultos nacidos entre 1967 y 1983, se documentaron discapacidades en salud y desempeño social de acuerdo a la edad gestacional al nacer. La prevalencia de parálisis cerebral y retardo mental fue mayor a medida que disminuía la edad gestacional al nacer. Entre quienes no presentaron discapacidades médicas, la menor edad gestacional al nacer se asoció con menor nivel de escolaridad alcanzado, menor nivel de ingresos, mayor necesidad de ayuda de la Seguridad Social o de pensión por discapacidad y menor capacidad de armado de la propia familia[75].

La información contenida en la siguiente Tabla 13 muestra el riesgo relativo en esta población por grupo de edad gestacional al nacer.

Tabla 13. Riesgos de discapacidades a largo plazo en personas nacidas de parto prematuro.

Edad Gestacional	Parálisis Cerebral	Bajo CI	Desordenes en desarrollo, comportamiento y emoción	Condición médica que afecte la capacidad laboral
23 a 27	78.9 (56.5-110.0)	10.3 (6.2-17.2)	10.5 (5.6-19.9)	7.5 (5.5-10.0)
28 a 30	45.8 (37.1-56.5)	4.2 (2.9-6.0)	2.9 (1.6-5.2)	4.8 (4.1-5.7)
31 a 33	14.1 (11.6-17.2)	2.1 (1.7-2.8)	1.4 (0.9-2.2)	2.2 (2.0-2.5)
34 a 36	2.7 (2.2-3.3)	1.6 (1.4-1.8)	1.5 (1.2-1.8)	1.4 (1.3-1.5)
>=37	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia

Fuente: N Engl J Med 2008;359: 262-73.

En la Argentina se requiere optimizar la información sobre la evolución y el acceso de los niños y niñas nacidos prematuros luego del egreso neonatal

Déficits neurosensoriales

Visión

La prevalencia del compromiso de la visión aumenta a medida que disminuye la edad gestacional al nacer. Se han definido tres factores de riesgo independientes: la hemorragia intraventricular grados III y IV con *shunt*, la sepsis neonatal en RN antes de las 33 semanas de gestación y la retinopatía del prematuro (ROP) que haya requerido tratamiento.

- La ROP es, desde hace décadas, la primera causa de ceguera en la infancia tanto en países desarrollados como de desarrollo intermedio: afecta hasta el 25% de los prematuros de muy bajo peso al nacer, pero también puede afectar a prematuros de mayor peso y edad gestacional con factores de riesgo perinatal o con cuidado neonatal deficitario.
- Entre los factores de riesgo para ROP se cuentan: el menor peso y la menor edad gestacional al nacer, la restricción del crecimiento intrauterino y extrauterino, los niveles de oxigenación fluctuantes, la sepsis neonatal, la trombocitopenia, las transfusiones y la falta de ac-

75 Moster D, Terje Lie R, Markestad T. Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. N Engl J Med 2008;359:262-73

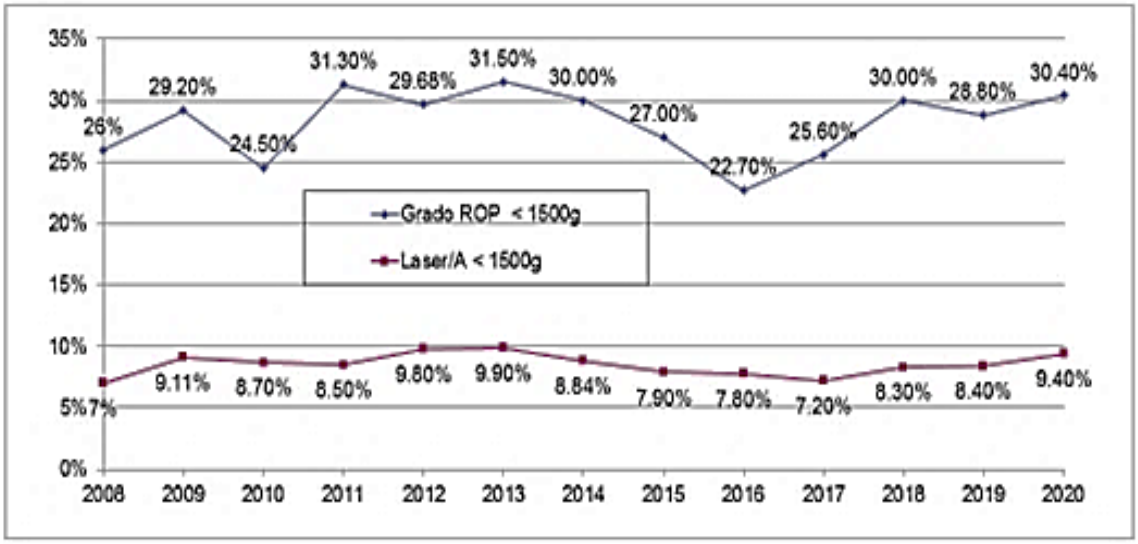
ceso al cuidado neonatal apropiado. Se estima que alrededor de 32.000 niñas y niños nacidos prematuros padecen anualmente ceguera o baja visión secundaria a ROP[76].

El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con el **Programa Nacional de Prevención de la Ceguera Neonatal por Retinopatía del Prematuro (ROP)** y la **correspondiente Guía de Práctica Clínica** en la que se establecen las premisas de prevención, diagnóstico y tratamiento[77].

En nuestro país, en el año 2020, la prevalencia nacional de ROP en RN con menos de 1500 g fue de 30,4 % y la de ROP severa que requirió tratamiento alcanzó al 9,2%, según surge del Registro Nacional del mencionado Programa[78].

En el Gráfico 10 se puede observar la prevalencia de ROP y ROP tratada, en el período 2008-2020. La pesquisa oftalmológica de ROP se mantuvo estable entre 2019 y 2020 en aproximadamente el 92%.

Gráfico 10. Prevalencia de ROP y ROP tratada en prematuros de muy bajo peso al nacer, en 115 Servicios de Neonatología públicos y 3 servicios privados de Argentina, en porcentaje. Total país. República Argentina. Período 2008-2020.



Fuente: MSAL. Programa ROP.

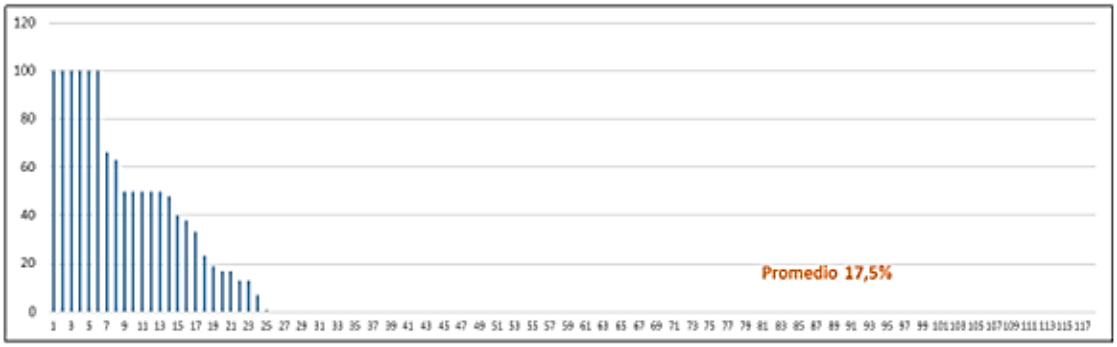
76 O'Connor AR, Wilson CM, Fielder AR: Ophthalmological problems associated with preterm birth. Eye (Lond) 2007, 21:1254-1260.

77 Disponible en: https://tinyurl.com/5bfhnv7m

78 La información fue aportada por 118 servicios de Neonatología del país, que registraron la evolución de 2506 prematuros con PN menor a 1500 g sobrevivientes más de 28 días. Se estima que estos datos representan el 48% del total de casos del país. Accceso al registro en línea: Registro de Retinopia del Prematuro (dinami.gov.ar) Información completa del año 2020 en Grupo ROP de Argentina (gruporopargentina.blogspot.com)

Se observó un 17,5 % de casos de ROP grave en pacientes con mayor peso y edad gestacional al nacer, que se nombran como casos “inusuales”. En el Gráfico 11 puede observarse que los casos se concentran en 24 Servicios de Neonatología y, mayormente, en Servicios de Nivel III B.

Gráfico 11. Casos inusuales de ROP grave en 118 Servicios de Neonatología de Argentina distribuidos por servicio de ocurrencia. Año 2020.



Fuente: MSAL. Programa ROP.

El total de casos tratados fue de 280 para el año 2020. Sobre la base de estos datos es posible estimar que alrededor de 500 niños por año requieren tratamiento para ROP y tienen riesgo de padecer ceguera o baja visión, lo que transforma a la ROP no sólo en un marcador de la calidad de la atención neonatal sino también en una carga de enfermedad de importancia a lo largo de los años de vida. Se trata, en consecuencia, de un problema de atención primordial desde la perspectiva de la salud pública, cuya clave es la prevención[79].

Audición

El riesgo de pérdida de la audición es sustancialmente más alto en prematuros que en la población general. En esta última es de 0,1-0,2 % frente a un 0,7-1,5% en los egresados de las unidades de cuidados neonatales. Su incidencia disminuye a medida que se mejora la calidad del cuidado neonatal. La detección temprana de hipoacusia neurosensorial requiere de un programa y de personal entrenado para realizar una secuencia de estudios y es de gran importancia en la prevención de secuelas neurocognitivas[80].

Argentina cuenta con el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia que garantiza el acceso de todo recién nacido al estudio oportuno de su capacidad auditiva y al tratamiento oportuno si lo necesita, según los términos de la Ley Nacional N° 25.415/2001.

79 E. Alda y col. Resultados del Programa Nacional de Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro en Argentina (2004-2016). Arch Argent Pediatr 2018; 116(6):386-393

80 R. Cristobal, J S Oghalai. Hearing loss in children with very low birth weight: current review of epidemiology and pathophysiology. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008 November; 93(6): F462–F468. doi:10.1136/adc.2007.124214.

El Programa prevé la provisión gratuita de audífonos o prótesis auditivas, así como la habilitación/rehabilitación auditiva. La mencionada ley obliga también a las obras sociales y asociaciones de obras sociales regidas por leyes nacionales a cumplir con la provisión de audífonos o prótesis. Las entidades de medicina prepaga también deben brindar las prestaciones establecidas en esta ley, incorporadas al Programa Médico Obligatorio dispuesto por la Resolución N° 939/2000 del Ministerio de Salud de la Nación.

Fallo del crecimiento por retraso del crecimiento postnatal y déficits nutricionales

Una proporción variable de prematuros egresan de las unidades neonatales con retraso del crecimiento posnatal, secundario a restricción del crecimiento intrauterino o a restricciones originadas en el período neonatal. Estos déficits se recuperarán durante los primeros años de vida, requiriendo para ello lapsos variables que resultan, en general, más prolongados cuanto menores son la edad gestacional y el peso al nacer, y mayores son la morbilidad neonatal y la dificultad para lograr un manejo nutricional apropiado durante las primeras semanas de vida[81].

El objetivo nutricional en los lactantes prematuros tras el egreso hospitalario es sostener la alimentación con leche humana, minimizar las deficiencias de nutrientes, abordar con prontitud dichas deficiencias una vez identificadas y promover el adecuado crecimiento posnatal, evitando la sobrealimentación.

En casos de crecimiento insuficiente, se evaluará la complementación con fórmulas para prematuros o fortificadores de leche humana por períodos variables. Todos los lactantes prematuros deben ser suplementados con hierro y vitaminas A, C y D. En cuanto a la alimentación complementaria, se iniciará a los 6 meses de edad corregida[82].

El crecimiento será evaluado semanalmente, con estándares de crecimiento para prematuros[83]. Desde el Ministerio de Salud de la Nación, en colaboración con la Sociedad Argentina de Pediatría, se ha iniciado el proceso de incorporación de las curvas Intergrowth-21st como estándar de crecimiento, hasta las 64 semanas, para continuar luego con las curvas OMS, utilizando la Edad Corregida hasta los 2 años de edad[84].

Dislipidemias y síndrome metabólico

El nacimiento prematuro está asociado a un aumento del riesgo de enfermedad cardíaca isquémica en la edad adulta. Los mecanismos subyacentes pueden incluir el mayor riesgo de hipertensión y diabetes, que también se ha descrito en adultos nacidos prematuros. No obstante, las dislipidemias (niveles elevados de colesterol y triglicéridos) deben ser consideradas por sí mismas como factores de riesgo para enfermedad cardíaca isquémica.

---

81 R Cooke. Nutrition of Preterm Infants after Discharge. Ann Nutr Metab 2011;58 (suppl 1):32–36

82 En la Guía Nutrición del Niño Prematuro del Ministerio de Salud de la Nación pueden encontrarse los principales lineamientos nutricionales en el período post-alta. Disponible en: https://tinyurl.com/53cchnwv

83 Estos estándares se encuentran disponibles en: https://tinyurl.com/tcumedvp

84 Aris T Papageorghiou et al. The INTERGROWTH-21st fetal growth standards: toward the global integration of pregnancy and pediatric care. Am J Obstet Gynecol 2018 Feb; 218 (2S):S630-S640.
doi: 10.1016/j.ajog.2018.01.011

En un estudio poblacional sueco realizado entre adultos jóvenes (18-44 años) el nacimiento prematuro aumentó 1,2 veces el riesgo de dislipidemias y el nacimiento extremadamente prematuro lo duplicó. Cada 5 semanas adicionales de gestación redujeron un 14% el riesgo de aparición de trastornos del metabolismo de los lípidos en la edad adulta joven[85].

Programar la detección de estos cuadros durante la infancia permitirá intervenciones anticipatorias que mejoren la calidad de vida en la edad adulta de niñas y niños nacidos pretérmino.

Uso de servicios de salud durante la niñez

Se describe un mayor número de consultas ambulatorias pediátricas y un mayor número de reintegraciones durante el primer año de vida. Estudios realizados en países desarrollados encontraron que las intervenciones programadas de acompañamiento y entrenamiento a las familias, antes e inmediatamente después del egreso hospitalario, pueden reducir el número de reinternaciones en lactantes pequeños, especialmente aquéllos de familias con condiciones de vida adversas[86]. Al respecto, el Ministerio de Salud de la Nación dispone de material sobre Resucitación Cardiopulmonar Neonatal (RCPN) para acompañar las actividades de entrenamiento, aconsejables antes del egreso hospitalario[87].

Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB), con o sin antecedente de displasia broncopulmonar, son la primera causa de reinternación antes de los 18-22 meses en prematuros de muy bajo peso al nacer[88].

Infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB)

Las IRAB son la principal causa de morbilidad y mortalidad durante el primer año de vida y se sabe que los prematuros pueden padecerlas con mayor frecuencia y severidad.

El Ministerio de Salud de la Nación dispone de la **Estrategia Nacional de Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves en Lactantes de Riesgo**. Tiene como objetivo reducir la internación y la mortalidad por IRAB en general y por VSR en particular. La estrategia contempla capacitación de equipos en las jurisdicciones, así como la adquisición y distribución a todo el país de un anticuerpo monoclonal (Palivizumab) para la profilaxis pasiva de IRAB grave durante la época invernal.

Un estudio realizado en un hospital pediátrico de la CABA que analiza la epidemiología de las internaciones por IRAB en el período 2000-2019, encontró que el 14% del total de internaciones fueron de prematuros. En ese grupo, fue mayor la proporción de prematuros moderados y tardíos, con

85 Casey Crump et al. Association of preterm birth with lipid disorders in early adulthood: A Swedish cohort study. PLoS Med 16(10): e1002947. https://doi. org/10.1371/journal.pmed.1002947

86 Betty R. Vohr. Factors associated with rehospitalizations of very low birthweight infants: Impact of a transition home support and education program. Early Human Development 88 (2012) 455–460.

87 Ver: Reanimación cardiopulmonar para lactantes y desobstrucción en la vía aérea. Recordatorio para padres que hayan hecho el Curso de RCP. Neonatal. Disponible en: https://tinyurl.com/4xm4psu4 ; y video de demostración en https://www.youtube.com/watch?v=K6Fnz9sLAd4

88 Namasivayam Ambalavanan. Identification of Extremely Premature Infants at High Risk of Rehospitalization. Pediatrics 2011; 128; e1216; DOI: 10.1542/peds.2011-1142.

tasas más bajas de lactancia y un porcentaje de tabaquismo pasivo mayor al de la población general. Cuando se rescató un agente etiológico, el VSR fue el agente más frecuente de bronquiolitis y neumonías[89].

Esto refuerza la necesidad de capacitación antes del egreso hospitalario de las familias en relación a prevención de IRAB, ambiente saludable y sueño seguro del lactante, así como el acompañamiento desde el nacimiento a fin de lograr mayores tasas de lactancia. Asimismo, la necesidad de mantener el calendario de vacunas al día y el uso de anticuerpos monoclonales en grupos de pacientes prematuros o poblaciones de riesgo, según lo establecido por las recomendaciones nacionales[90].

En conclusión, el acceso a la prevención y el cuidado programado de la atención integral, oportuna y adecuada niños y niñas nacidos prematuros impacta positivamente tanto sobre la reducción de la mortalidad como de la morbilidad infantil. El Ministerio de Salud de la Nación dispone del documento **Organización del seguimiento del recién nacido prematuro de alto riesgo**, que orienta estas acciones[91].

89 Gentile A, Lucion MF, Juárez MV et al. Virus sincicial respiratorio en niños nacidos prematuros: 19 años de vigilancia epidemiológica activa en un hospital pediátrico. Arch Argent Pediatr 2020; 118(6):386-392. Disponible en: https://tinyurl.com/3mxj2wpf

90 Ver: Anticuerpo monoclonal específico (Palivizumab) Lineamientos técnicos. MSal, 2014. Disponible en https://tinyurl.com/y4zjhnnu ; y Aplicación de Palivizumab para la prevención de IRAB en población vulnerable, MSal, 2017. Disponible en: https://tinyurl.com/2vyzdj23

91 Disponible en: https://tinyurl.com/vjd2kb47

3. Marco normativo y conceptual

La «Política Integral para la Prematurez» se enmarca en los esfuerzos llevados adelante por el Estado Nacional para garantizar el acompañamiento, la protección y cuidado integral de la salud y la vida de las personas gestantes y de los niños y las niñas, que se materializan tanto en las normas internacionales que Argentina adhirió y las leyes nacionales que se han ido sancionando y que se detallan a continuación.

En particular, la Ley N° 27.611/2020 de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia constituye el marco en el cual esta política se inscribe y que tiene por objeto fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las personas gestantes y de los niños y las niñas durante los primeros tres (3) años de vida.

3.1. Marco normativo

3.1.1. Normas internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). (1969)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). (1969)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (1979)
- Convención sobre los Derechos del Niño. (1989)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). (1994)
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad. (1999)
- Principios de Yogyakarta –sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género– (2006).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006)
- ONU «Resolución A/RES/70/1 Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible». (2015)

3.1.2. Normas nacionales

- Constitución Nacional, Artículo 75°, incisos 19, 22 y 23.
- Ley 25.673/2002, de Salud Sexual y Procreación Responsable.

- Ley 25.273/2000 y Ley 25.808/2003, Derecho de las adolescentes embarazadas y adolescentes que son mamás o papás a continuar estudiando.
- Ley 25.929/2004, Derechos de los padres y de la persona recién nacida durante el proceso de nacimiento.
- Ley 26.061/2005, de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley 26.150/2006, de Educación Sexual Integral.
- Ley 26.206/2006, de Educación Nacional.
- Ley 26.233/2007, Centros de Desarrollo Infantil.
- Ley 26.364/2008, de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas, modificada luego por la ley 28.842/2012.
- Ley 26.485/2009, de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley 26.529/2009, Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.
- Ley 26.618/2010, que modificó el Código Civil y Comercial de la Nación para incorporar el matrimonio igualitario.
- Ley 26.743/2012, de Identidad de Género, que reconoce la identidad autopercibida de cada persona y su derecho a un buen trato.
- Ley 26.873/2013, de Lactancia Materna. Promoción y concientización pública.
- Ley 26.994/2014, Modificación del Código Civil y Comercial (modificación vigente a partir del 1°/1/2016) Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad (Título I, Capítulo 2°, Sección 1ª y 2ª: artículo 26°); Ejercicio de derechos por parte de las personas con discapacidad (Título I, Capítulo 2°, Sección 3ª: principalmente artículos 31° y 32°.).
- Ley 27.452/2018, "*Ley Brisa*", que incorporó un sistema de reparación económica para las hijas e hijos de víctimas de femicidios.
- Ley 27.455/2018, Delitos de instancia pública (violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes).
- Ley 27.499/2018, "*Ley Micaela*", que establece la capacitación obligatoria en las temáticas de género y violencias por razones de género para todas las personas que se desempeñen en la función pública.
- Ley 27.491/2020, de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.
- Ley 27.610/2020 Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Ley 27.611/2020, de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia.

3.2. Principios rectores

3.2.1. Derechos Humanos

La «Política Integral para la Prematurez» entiende el cuidado integral de la salud como un derecho humano[92]. Su garantía y efectivo goce están estrechamente relacionados con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no-discriminación, el acceso a los bienes culturales, a la información y la participación. Al mismo tiempo, implica también el derecho a una vida libre de violencias. En efecto, el derecho a la salud integral y a una vida digna libre de violencias sólo es posible si se abordan las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones.

El cuidado integral de la salud y la vida es el resultado de acciones coordinadas de sectores sociales y gubernamentales para instrumentar políticas integrales de salud, prestaciones equitativas y financiamiento suficiente de los sistemas de salud, de la educación, de la seguridad social y del desarrollo social, entre otros.

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales, que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con sus libertades y su dignidad humana. Se hallan consignados en los tratados internacionales y en las normas nacionales constituyendo un *corpus* de política y jurisprudencia de enorme valor para la garantía y exigibilidad de los derechos de las personas –especialmente aquéllas que pertenecen a los grupos sociales históricamente discriminados – bajo el principio de igualdad y no discriminación.

Los derechos humanos son universales e inalienables (es decir, todas las personas tienen derecho a ellos, ninguna puede renunciar voluntariamente a sus derechos, así como tampoco ser privada de éstos). Asimismo, son indivisibles: los derechos civiles, políticos, económicos, sociales o culturales son inherentes a la dignidad de todas las personas. Por ello, tienen también la propiedad de ser interdependientes e interrelacionados, dado que el cumplimiento de un derecho a menudo depende, total o parcialmente, del cumplimiento de otros derechos.

El derecho a la información, la participación activa y la inclusión de todas las personas, la atención focalizada en los grupos vulnerables, y los principios de igualdad y no-discriminación son componentes insoslayables en cualquier política que pretenda hacer eje en el enfoque de derechos humanos.

Los derechos están interconectados y son complementarios. Del mismo modo, las diversas formas de vulneración a derechos y de violencia no pueden ser consideradas desde una perspectiva independiente y aislada. Las intervenciones en este terreno deben ser siempre integrales, dado que aquellas que se circunscriben a un solo ámbito, a una determinada manifestación de violencia o a la vulneración de un derecho, tienen una efectividad limitada.

92 La Declaración Universal de Derechos Humanos constituye el principal marco ético que guía la práctica de la salud pública. Organización Panamericana de la Salud, “Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción”, 2020.

Por ello, el enfoque de derechos humanos debe incluir necesariamente la perspectiva de género, de diversidad sexual, diversidad cultural y de curso de vida. Asumir esta perspectiva en la política pública implica reconocer como sujetos destinatarios a toda persona sin distinción de género, orientación sexual, clase social, etnia y nacionalidad; adoptando un enfoque intersectorial de los derechos a la salud integral y el derecho a la protección social y a una vida libre de violencia como vía de garantizar esos derechos a lo largo de todo el curso de vida.

El enfoque de Derechos Humanos es el marco conceptual y metodológico basado en las normas internacionales de derechos humanos que, desde el punto de vista operativo, se orienta a la promoción y protección de los derechos fundamentales. Comprende principios universales y el reconocimiento del compromiso y obligatoriedad estatal para la garantía de los derechos individuales y colectivos, establecidos en el derecho internacional, nacional, provincial y municipal.

3.2.2. Derechos de niños, niñas y adolescentes

El enfoque de derechos de la niñez y la doctrina de la protección integral –que se desprenden de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Ley Nacional 26.061/2005 de Protección Integral– establecen la corresponsabilidad de los cuidados y la protección, considerando al grupo familiar como sujeto colectivo de derechos y red primaria de relaciones para el desarrollo de los niños y niñas. Al mismo tiempo, determina deberes y responsabilidades para los organismos del Estado en lo que respecta a la generación de las condiciones que favorezcan el ejercicio de derechos de las niñas, niños y adolescentes, junto con el grupo familiar y comunitario.

La niñez no es un hecho natural sino una categoría socialmente construida, que comprende el conjunto de derechos, deberes y responsabilidades que definen la forma de ser niños, niñas y adolescentes y que se transmiten a través de la socialización. Cabe destacar la diversidad en las infancias y adolescencias existentes, en función de los momentos vitales, de las condiciones y de las situaciones en las que cada niña, niño o adolescente se encuentra.

Asimismo se considera, en particular, la especificidad de los derechos de las niñas y niños nacidos prematuros que se han organizado en un decálogo, desarrollado en el año 2010 por un grupo de expertos coordinado por UNICEF, a fin de llevar adelante la **Campaña Nacional Semana del Prematuro**[93].

93 Disponible en: https://tinyurl.com/vpfh5ma7

Decálogo de los Derechos del Prematuro y su familia

I. La prematurez se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las personas gestantes.

II. Las y los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.

III. La y el recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

IV. Las y los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

V. Las y los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche humana.

VI. Toda niña o niño nacido prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).

VII. Una niña o niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

VIII. La familia de una o un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

IX. La y el recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

X. Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.

3.2.3. Derechos de las mujeres y las personas LGBTI+

El derecho de las mujeres y las personas LGBTI+ a tener una vida libre de violencias se ha desarrollado de forma prolífica en las últimas décadas, tanto en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos como en el orden jurídico nacional, compuesto por una robusta legislación protectora en esta materia (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2020).

De acuerdo con los principios y estándares del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a recibir asistencia y protección frente a todas las formas de violencias de género establece la obligación de los Estados de actuar con debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar tales hechos, así como para garantizar a las víctimas el acceso efectivo a la justicia y a una reparación integral.

3.2.4. Perspectiva de género y de diversidad humana en el desarrollo de las políticas

La incorporación de la perspectiva de género en el desarrollo de políticas públicas implica, sin dudas, *cambiar la mirada*. Se trata de pensar las acciones del Estado poniendo el foco en el impacto diferenciado que éstas tienen sobre la vida de las personas conforme sus realidades, y en cómo buscar soluciones efectivas que tengan en cuenta estas diferencias en el modo de transitar la vida (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2020).

Todas las acciones del gobierno tienen una manera diferenciada de influir en la vida de las personas. El desafío consiste en introducir esta variable en el diseño de las políticas para garantizar respuestas estatales acordes a las necesidades, de modo tal que se traduzcan en la garantía del ejercicio de los derechos de todas, todos y todes.

La perspectiva de género y diversidad implica concebir a los diversos géneros como construcciones sociales basadas en pautas culturales y no en interpretaciones de rasgos biológicos. En este sentido, corresponde reconocer la existencia de desigualdades, producto de relaciones sociales de poder construidas históricamente a partir de las nociones de masculinidad y femineidad, entendiendo que la noción de cuidado representa una dimensión central del bienestar social, el sostenimiento de la vida, y la economía.

En plena articulación con este enfoque, la perspectiva de diversidad implica el cuestionamiento del sistema cisheteronormativo, es decir, la concepción binaria, biologicista y esencialista. Esta perspectiva está plasmada en la Ley N° 26.743/2012 y promueve un abordaje que visibiliza las diversas identidades y orientaciones sexuales, y demanda la necesidad de una atención respetuosa de las mismas en el sistema de salud.

Asimismo, un modelo de atención con perspectiva de género y diversidad implica reconocer e incluir las diversas subjetividades y respetar las distintas maneras de vivir, considerando la diversidad sexual, corporal y cultural, con atención sanitaria de calidad para todas las personas, sin discriminación ni violencia, centrada en la autonomía, en la escucha y respeto de las trayectorias singulares de las personas.

3.2.5. Interseccionalidad

De acuerdo con el Consejo de Derechos de la ONU, "el concepto de **interseccionalidad** refleja las consecuencias de dos o más sistemas combinados de discriminación, y se refiere a la manera en que estos contribuyen a crear capas de desigualdad" [94]. Este enfoque permite observar de manera integrada los diferentes factores que confluyen en una persona, agravando su situación de vulnerabilidad o el riesgo de vulneración de sus derechos en un contexto determinado, así como también atender a particularidades sociales y culturales de individuos y los colectivos.

94 Consejo de Derechos Humanos 35° período de sesiones 6 a 23 de junio de 2017 Temas 2 y 3 de la agenda Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.

La perspectiva de la interseccionalidad parte de considerar la superposición de identidades relativas a una persona que en función de las estructuras de poder vigentes devienen en situaciones de discriminación y vulnerabilidad, tales como la edad, el género, el origen nacional o étnico, la condición migratoria, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la ideología, el nivel educativo, el oficio o la situación laboral, la situación habitacional, socioeconómica, la residencia o ubicación geográfica, entre otras.

La inclusión de esta perspectiva en la elaboración e implementación de las políticas públicas resulta central para el desarrollo de acciones afirmativas y diferenciales en la búsqueda de equidad y la promoción y garantía de los derechos de todas las personas, en particular de las personas gestantes (mujeres y diversidades) y de los niños y niñas.

3.2.6. Perspectiva de curso de vida

El enfoque del curso de vida (ECV) para la salud integra las nociones de los patrones de desarrollo, los factores biológicos y sociales, y sus interrelaciones a lo largo de la vida de las personas y las poblaciones. En la comprensión de que el desarrollo tiene un papel en la salud, al igual que lo tiene la salud en el desarrollo, es necesario incorporar, en las intervenciones y prácticas, un enfoque que interprete la salud individual, familiar y comunitaria como el resultado de las influencias biológicas, psicológicas, físicas, sociales y ambientales que operan desde la concepción hasta la muerte, y que tienen sus mayores repercusiones en períodos críticos del curso de vida[95].

Vinculado a la Agenda 2030, y el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) N° 3, este enfoque procura integrar la salud y el bienestar en el concepto de desarrollo. Las políticas de salud basadas en el curso de vida son esencialmente políticas de promoción y prevención con un horizonte temporal ampliado: desde la concepción hasta la muerte y con una visión intergeneracional[96].

La investigación actual reconoce que la genética representa alrededor del 30% de la influencia total en la salud, mientras que el otro 70% depende del impacto de factores positivos y negativos durante la trayectoria de vida de las personas[97]. Estos factores positivos y negativos se encuentran relacionados con influencias psicológicas, comportamentales, biológicas y ambientales, así como con el acceso a los servicios de salud.

En este sentido, la exposición a factores de riesgo durante el embarazo y los primeros años de vida influye en gran medida sobre el desarrollo físico, cognitivo y emocional en la niñez, y puede influir en los resultados de salud y bienestar en la edad adulta.

El período prenatal y el de la primera infancia, por lo tanto, brindan oportunidades particularmente únicas para influir en la trayectoria de salud de las personas, y deben ser priorizados junto con algunas etapas y transiciones igualmente críticas en la vida, como la adolescencia y el envejecimiento. (OPS. ECV 2021: 56)

---

95 Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

96 Bacallao J, Alerm A, Ferrer M. Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiologia y la salud pública. La Habana: Medical Sciences Editorial; 2016.

97 Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3.3. Entornos de crianza

Conforme a estos principios y enfoques, la «Política Integral para la Prematurez» pone de relieve el papel central del cuidado y la atención de la salud en los distintos entornos de crianza donde se desarrolla la vida de las personas. Estos entornos comprenden los distintos espacios físicos, sociales y culturales en los que se genera una intensa y continua interacción entre las niñas y niños y el contexto que les rodea. Incluye tanto el ámbito familiar como el institucional y el comunitario; es decir, el hogar, el espacio comunitario y el espacio público, junto a las instituciones de salud, de educación, de recreación, de desarrollo infantil, de seguridad y protección social, de promoción y de protección de derechos.

En el marco de estos entornos se despliegan las funciones de cuidado, educación, protección, tratamiento y habilitación, de acuerdo a los roles y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados. La crianza es una función compartida y corresponsable entre los grupos familiares, la comunidad, las entidades privadas y las distintas instituciones del Estado. La efectiva participación y el involucramiento de los diferentes actores en el campo de la salud es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas.

En este sentido, se parte de la noción de que la responsabilidad parental y el cuidado de las niñas y niños nacidos prematuros no es una responsabilidad individual de la persona gestante y quienes ejerzan el rol maternal o paternal, sino un compromiso compartido y colectivo que requiere de la participación e involucramiento de todo lazo familiar y comunitario, deviniendo especialmente en una política pública transversal capaz de involucrar distintas áreas y niveles del Estado, así como también de organizaciones de la sociedad civil.

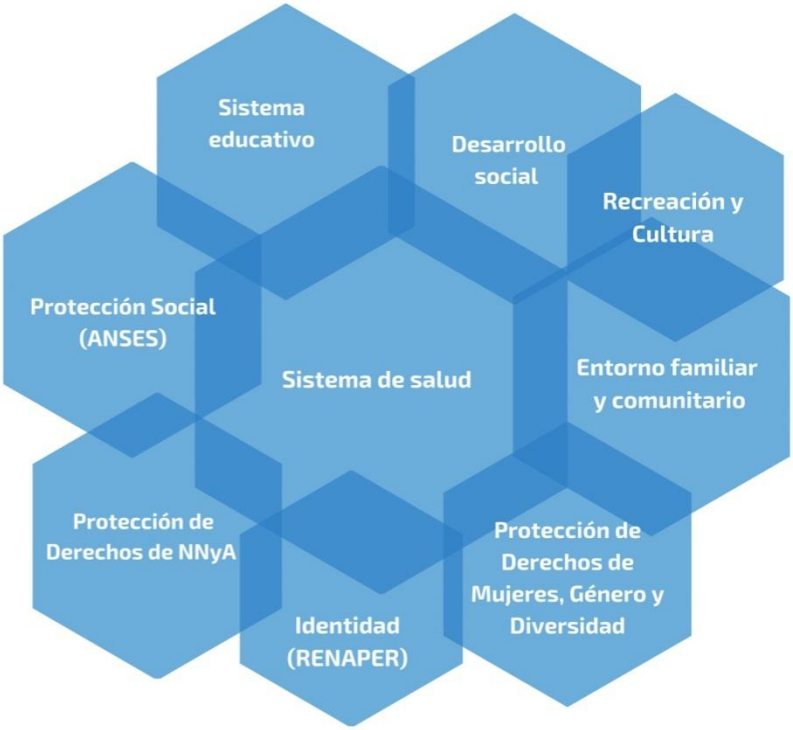
3.4. Articulación participativa intersectorial, federal y comunitaria

Como se ha expuesto previamente, el cuidado de la salud en todas sus dimensiones es resultado de acciones coordinadas entre distintos sectores del Estado y niveles de gobierno, así como también de la participación activa de las familias y la comunidad.

Para la prevención de la prematurez y su adecuada atención, tratamiento y seguimiento se requiere de **la corresponsabilidad y la articulación participativa, intersectorial, federal y comunitaria** a fin de instrumentar políticas integrales, prestaciones equitativas con enfoque de género y diversidad, y financiamiento suficiente (en términos de recursos materiales y de talento humano) en todos los sectores involucrados.

Gráfico 12. Modelo de corresponsabilidad para la prevención y abordaje de la prematurez.

- Público / Privado / Comunitario / OS
- Municipal / Provincial / Nacional



4. Política Integral para la Prematurez

Conforme a los principios rectores, se elabora este documento como base para la construcción federal de una "Política Integral para la Prematurez», con una marcada impronta hacia la prevención y atención del parto prematuro y al cuidado especializado y corresponsable de la salud de niños y niñas nacidos prematuros en los períodos prenatal, perinatal, neonatal y postneonatal.

4.1. Objetivos generales y específicos

La "Política Integral para la Prematurez» tiene **cuatro objetivos generales**, con sus correspondientes líneas de acción.

4.1.1. Reducir la tasa de nacimientos prematuros

→ Implementar estrategias comunitarias e intersectoriales para prevenir el parto prematuro, aumentar el promedio de la edad gestacional de los nacimientos prematuros y reducir los nacimientos con bajo peso.

→ Promover la salud integral de la persona gestante y detectar factores de riesgo y determinantes de la salud para derivación e intervenciones oportunas.

4.1.2. Aumentar la sobrevida de los recién nacidos

→ Garantizar que las y los recién nacidos prematuros accedan al cuidado en el nivel de complejidad que les corresponde de acuerdo con su edad gestacional (Redes integradas de servicios de salud de todos los subsectores).

→ Cuidar la salud nutricional de las y los recién nacidos prematuros.

4.1.3. Reducir morbilidad asociada a la prematurez

→ Prevenir la ocurrencia de complicaciones: desnutrición postnatal, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, lesiones del sistema nervioso central, enterocolitis, y otras.

4.1.4. Prevenir discapacidad asociada a la prematurez

→ Organizar la vigilancia de los riesgos articulando los niveles de atención (Regionalización - Redes comunitarias).

→ Garantizar intervenciones oportunas en favor de las niñas y los niños nacidos prematuros, centradas en la familia y la comunidad.

→ Gestionar el acceso a cuidados especiales de la salud en el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento.

4.2. Estrategias transversales

Para llevar adelante los objetivos identificados, se proponen tres grupos de estrategias transversales que se traducen en lineamientos para todos los equipos que intervienen en el cuidado integral a la salud para la prevención y atención de los nacimientos prematuros según se destinen a:

4.2.1. Acciones orientadas a ejercer la corresponsabilidad en el abordaje de la prematurez

- → Integrar la atención y el cuidado integral a la salud por parte de los distintos efectores sanitarios, así como también aquellos que garantizan la educación, la protección de derechos de las personas gestantes y de los y las niñas recién nacidos prematuros, la seguridad social y laboral, la participación en espacios de juego y disfrute de bienes culturales, entre otros.
- → Prevenir las violencias y la discriminación contra las personas gestantes y las niñas y niños.
- → Promover la ampliación de licencias parentales para el cuidado de niños y niñas nacidos prematuros.
- → Articular estrategias específicas para las personas con riesgo u ocurrencia de parto prematuro, así como también aquellas acciones necesarias para garantizar el desarrollo infantil óptimo en los y las recién nacidos prematuros.
- → Promover las redes comunitarias y de apoyo a las madres/padres/cuidadores, familias, y niños y niñas con necesidad de cuidados especiales de la salud, a través de la gestión de insumos, apoyos y recursos en el territorio.
- → Capacitar en prematurez a todas las áreas de salud y organismos involucrados, a las familias, organizaciones y comunidad en general.

4.2.2. Acciones destinadas a integrar los sistemas de registro entre los subsectores, subsistemas y organismos

- → Identificar los indicadores integrales de la prematurez que incluyan los determinantes sociales de la salud y la calidad de atención institucional.
- → Desarrollar un tablero de indicadores para el monitoreo y evaluación de la política de la prematurez para la implementación de prácticas basadas en evidencia.

- → Mejorar la calidad y disponibilidad del registro de datos estadísticos en el sistema de salud, integrando los registros de los distintos subsectores y subsistemas (SIP y SIP+) [98].
- → Desarrollar capacitaciones orientadas a fortalecer la calidad de los registros en los distintos niveles, prestadores y sectores de la salud.
- → Apoyar las estrategias de unificación y articulación de los sistemas de registro e información entre los distintos organismos y sectores involucrados, en sintonía con lo dispuesto por la ley 27.611.

4.3. Acciones para construir un modelo de cuidado integral de la salud para la prevención y tratamiento de la prematurez por curso de vida, destinado a equipos de salud en los distintos niveles y subsectores

- → Promover la comunicación y participación comunitaria en la promoción y cuidado de la salud integral, la prevención de las violencias y el acceso a derechos.
- → Garantizar el acceso a la atención a la salud oportuna, segura, personalizada y centrada en la familia con enfoque de derechos, de género y diversidad durante todo el curso de vida.
- → Garantizar un estado nutricional óptimo de las personas gestantes y de los niños y niñas nacidos prematuros.
- → Fortalecer la Atención Primaria de la Salud: acceso al diagnóstico oportuno y control adecuado según el riesgo de cada gestación .
- → Regionalización de los servicios perinatales: acceso con equidad a una atención perinatal según riesgos.
- → Fortalecer la atención en las Maternidades: atención de calidad en el nacimiento y en el período neonatal.
- → Garantizar una atención personalizada y de calidad de la/el recién nacido prematuro, de acuerdo a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, con participación familiar y comunitaria.
- → Gestionar y articular los recursos e insumos necesarios para brindar un adecuado seguimiento. Optimización de recursos y programas territoriales.

98 El SIP constituye una de las tecnologías perinatales de amplio uso en Argentina, el SIP Plus o SIP+, permitirá que los datos se registren en forma sincrónica a la atención del embarazo en los CAPS, Unidad Sanitaria u Hospital.

4.4. Tablero de monitoreo

A continuación se vinculan los objetivos, líneas de acción e indicadores y se construyen las líneas de base para el monitoreo y evaluación de la "Política Integral para la Prematurez».

Objetivo N° 1	Líneas de acción	Indicadores	Línea de base 2019
Reducir la tasa de **nacimientos prematuros**	Implementar estrategias comunitarias e intersectoriales para prevenir el parto prematuro, aumentar el promedio de la edad gestacional de los nacimientos prematuros y reducir los nacimientos con bajo peso.	Tasa de nacidos vivos menores de 37 semanas (Tasa de Prematurez).	Porcentaje de prematuros por EG, Total país 8,9% (DEIS, 2019). Cuatro provincias tienen más de 10% de prematuros. Tucumán, San Luis, Formosa y Tierra del Fuego (DEIS, 2019).
		Tasa de nacidos vivos con peso al nacer < 1500 g.	Tasa Total país NV <1500 g. 1,2% (DEIS, 2019).
		Tasa de nacidos vivos con peso al nacer entre 1500 y 2499 g.	Tasa Total país NV 1500-2499 g, 6,3% (DEIS, 2019).
		Tasa de nacidos vivos con peso al nacer < 2500 g.	Tasa Total país NV ≥ 2500 g = 7,5% (DEIS, 2019).
	Promover la salud integral de la persona gestante y detectar factores de riesgo y determinantes de la salud para derivación e intervenciones oportunas.	Proporción de personas gestantes que realizan su primer control antes de la semana 12 de embarazo (control prenatal precoz).	Primer control antes de las 12 semanas 31,4% (SIP, 2019).
		Proporción de gestantes con la primera ecografía antes de la semana 12 (ecografía precoz universal)	A construir.
		Nutrición de la persona gestante: - Índice de Masa Corporal de la gestante - Prevalencia de anemia en el embarazo	Baja calidad de registro. Fortalecer la calidad de registro.
		Antecedente de hija/o previo con PN < 2500 g	RR 2,06 (1,97- 2,15) (SIP, 2019)
		Período intergenésico recomendado (> 2 años entre gestas)	El 19,8% de los nacimientos ocurrieron con menos de 2 años de intervalo intergenésico (SIP, 2019).
		Anticoncepción post evento obstétrico	A construir.

Objetivo N° 2	Líneas de acción	Indicadores	Línea de base 2019
Aumentar la sobrevida de las y los recién nacidos prematuros	Aumentar el uso de corticoides prenatales en la amenaza de parto prematuro	Tasa de corticoides prenatales.	Línea de base: Prevalencia de recién nacidos entre 24 y 34 semanas de gestación con al menos una dosis de corticoides: 50,4%. con esquema completo: 40%. (Fuente: SIP 2019.)
	Garantizar que los recién nacidos prematuros nazcan y/o sean atendidos en el nivel de complejidad que le corresponde a su edad gestacional (Regionalización)	Porcentaje de prematuros menores de 32 semanas nacidos en el nivel III B.	NV menores de 32 semanas que nacen en el nivel IIIB 70,3 % (en efectores públicos). Fuente SIP.
		Porcentaje de prematuros menores de 36 semanas nacidos en el nivel III (A - B)	NV entre 32 y 35 semanas Nivel IIIa y IIIb 81,9% (en efectores públicos). Fuente SIP, 2019.
		Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer < 1500 g en efectores del nivel III-B	NV menores de 1500 g en nivel III-B 70% (efector público). Fuente SIP, 2019.
		Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer entre 1500 y 2499 g en efectores del nivel III (A-B)	78,7% (efector público). Fuente SIP, 2019.
		Porcentaje de nacidos vivos prematuros por fuera del nivel III que hayan sido trasladados al nivel correspondiente	Baja calidad de registro. Fortalecer la calidad de registro.
	Cuidar la salud nutricional de los y las recién nacidos prematuros.	Crecimiento: -Peso a los 28 días de vida. -Peso a las 36 semanas de vida (RCEU) -Proporción de RNPT que egresan de las unidades con peso a las 36 semanas, menor al percentilo 10 de los estándares Intergrowth -21th - Proporción de niños egresados con leche humana exclusiva (porcentaje creciente en relación directa con la edad gestacional).	Sin registro nacional. A construir
		Lactancia a los 6 meses (exclusiva, predominante, otras) en las/los niñas/os nacidos prematuros.	Sin registro nacional. A construir.

	Reducir la mortalidad asociada a la prematurez	TMI específica en PTMBP TMI específica en PTBP Brecha TMI por jurisdicción Brecha TMI específica PN por jurisdicción	302,7‰ 69,8‰ 2,5 veces 2,8 veces (DEIS, 2019)
		Mortalidad proporcional por EG 22-27 semanas 28-31 semanas 32-36 semanas	 59,3% 15,6% 2,0% (DEIS, 2019)

Objetivo N° 3	Líneas de acción	Indicadores	Línea de base 2019
Reducir morbilidades específicas asociadas a la prematurez	Prevenir ocurrencia y/o severidad de la desnutrición posnatal, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, lesiones del sistema nervioso central, enterocolitis, y otras.	Proporción uso de sulfato de magnesio en amenaza de parto prematuro < 32 semanas	A construir.
		Proporción de DBP en nacidos < 1500 g	A construir.
		Proporción de ECN en nacidos <1500 g	A construir.
		Proporción ROP nacidos <1500 g Proporción ROP severa <1500 g Proporción casos inusuales	30,4% 9,2% 17,5% (Fuente: Grupo ROP, 2020)
		Proporción hemorragia intracraneana severa (HIC III-IV)	A construir.
		Proporción de Leucomalacia Periventricular- Porencefalia <1500 g	A construir.

Objetivo N° 4	Líneas de acción	Indicadores	Línea de base 2019
Prevenir discapacidades asociadas a la prematurez	Organizar la vigilancia de los riesgos articulando los niveles de atención.	- Control adecuado de seguimiento de NV prematuros sobre el total de NV prematuros con alta (egresado) en el año en curso, discriminado por nivel de atención, a los 6 meses; 12 meses; 18 meses; 36 meses. - Proporción de NV prematuros con resultado de alteración del neurodesarrollo sobre total de NV prematuros en seguimiento (en el control de los 6 y 12 meses de vida).	Sin registro a nivel nacional. A construir.
	Garantizar intervenciones oportunas de los niños y las niñas nacidos prematuros, centradas en la familia y la comunidad.		
	Gestionar acceso a las necesidades especiales de atención en salud en el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento.		

4.5. Condiciones de factibilidad y financiamiento

La «Política Integral para la Prematurez» se inscribe en el marco del conjunto de polít icas públicas que, por las características multidimensionales del problema sobre el que se propone incidir, requiere de un abordaje y una práctica integrales. Tal como se ha expuesto, esto implica la integración de áreas de gobierno, niveles jurisdiccionales de gestión, sectores, servicios, políticas y programas, instituciones y organismos, organizaciones comunitarias, sociedades científicas, entre otros actores.

Para ello es necesario avanzar hacia la elaboración de acuerdos políticos, capacidad técnica y legitimidad social y la formulación participativa, intersectorial, federal y comunitaria de un «Plan Nacional de Prevención, Atención y Seguimiento de la Prematurez».

La Política Integral de la Prematurez va en la misma dirección que la implementación de la Ley 27.611/2021, de la cual la presente constituye un componente central.

5. Modelo de Atención Integral para la Prematurez destinado a equipos de salud en los distintos niveles y subsectores

Se propone construir un Modelo de Atención Integral que organice un conjunto de líneas de acción y prácticas de probada efectividad, distribuya los esfuerzos y recursos, y privilegie las líneas de acción orientadas a la prevención del nacimiento prematuro, como la alternativa más efectiva y saludable, así como también las vinculadas a la atención especializada de las y los recién nacidos prematuros y su seguimiento posterior.

Tal como se ha desarrollado a lo largo de este documento, la atención y cuidado integral de la salud en todas sus dimensiones es el resultado de acciones coordinadas entre distintos sectores del Estado y niveles de gobierno, así como también de la participación activa de las familias y la comunidad a lo largo de todo el curso de vida, influido también por los determinantes sociales y ambientales que impactan sobre el crecimiento y desarrollo de las personas.

Por tal motivo, un modelo de atención integral debe contemplar estas múltiples dimensiones y determinantes, así como también aquellos principios rectores que guían las estrategias de abordaje desplegadas en el marco de los entornos de crianza, según los roles y responsabilidades de cada uno de los sectores involucrados y de acuerdo al momento del curso de vida de las personas.

5.1. Acciones y prácticas de cuidado integral por curso de vida, para la prevención y atención de la prematurez

Las líneas de acción, prácticas, insumos y materiales que se detallan a continuación refieren a aquellas desplegadas por todo el sistema de salud, como organismo rector de las políticas destinadas a la atención y cuidado integral de la salud. No obstante, como se ha mencionado previamente, el modelo de abordaje que se propone implica necesariamente la articulación intersectorial y comunitaria para la efectiva garantía y protección de derechos. La incorporación de la corresponsabilidad social, comunitaria y familiar en el enfoque de la prematurez es fundamental para el cumplimiento de los objetivos y metas que se proponen.

Gráfico 13. Modelo de atención integral de la salud: continuo de atención.

Por otra parte, si bien la presente política define prioridades y estrategias sanitarias, se espera que estas líneas de acción se enriquezcan en un proceso de elaboración territorial federal, intersectorial, interdisciplinaria, participativa entre los distintos equipos de salud, organizaciones comunitarias y redes de familias involucrados e interesados en la prematurez.

5.1.1. Período preconcepcional

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Prevención y atención primaria de la salud.	Nivel I, II y III. Articulación Intersectorial.	Comunicación centrada en el cuidado de la salud integral, sexual, reproductiva y no reproductiva, con enfoque de derechos, género y diversidad. Consejería Educación Sexual Integral. Planificación del embarazo. Espaciamiento de los nacimientos. Anticoncepción. Prevención del embarazo adolescente. Plan ENIA. Promoción de hábitos saludables y alimentación. Prevención primaria de la salud. Detección de factores de riesgo social; antecedentes familiares y gineco-obstétricos. Inmunización, y patologías crónicas detección y tratamiento de enfermedades infecciosas.	Ley 26.873/2013 sobre Lactancia Materna. Promoción y concientización pública. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal MSal, 2015. Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. MSal, 2021. Listado de factores de riesgo materno-fetal y neonatal, y los niveles de complejidad correspondientes a su atención. Capacitaciones. Difusión a la comunidad. Materiales audiovisuales.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
		Prevención de y tratamiento de consumo problemático de sustancias (tabaco, alcohol, drogas psicoactivas). Promoción de la lactancia. Coparentalidad. Prevención de las violencias contra niñas y adolescentes y las personas gestantes adultas.	

5.1.2. Período gestacional

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Detección temprana del embarazo.	Nivel I, II y III Articulación intersectorial.	Evaluar fecha de última menstruación y realizar test de embarazo.	Distribución de *Tests* de embarazo.
Control precoz del embarazo.	Nivel I, II y III.	Realizar ecografía antes de las 12 semanas de gestación. Guía para el control de embarazo en APS (edición 2021). Gestograma digital.	Distribución de ecógrafos. Guía de Práctica Clínica para la Atención Prenatal de bajo riesgo (en desarrollo). Personal capacitado.
Acompañamiento personalizado e interdisciplinario, con enfoque de derechos, género y diversidad.	Nivel I, II y III. Articulación Intersectorial.	Gestión de recursos necesarios e inscripción inmediata a la asignación por embarazo (ANSES). Atención a la salud mental. Prevención de violencias. Protección de derechos vulnerados.	Certificaciones. Documentos.
Garantizar la alimentación adecuada.	Nivel I, II y III Articulación Intersectorial.	Suplementos nutricionales y enriquecimientos de alimentación.	Guías alimentarias para la población argentina. Leche fortificada para personas gestantes a partir del 5° mes de gestación. Hierro y Ácido fólico
Acceso a los derechos de la seguridad social.	Articulación Intersectorial.	Asignación por Embarazo para Protección Social.	Sumas dinerarias.
Promoción y asesoramiento para la lactancia.	Nivel I, II y III.	Consejería en lactancia a la persona gestante. Preparación para la lactancia.	Ley 26.873/2013 de Lactancia Materna. Promoción y concientización pública. Recomendaciones para el control preconcepcional, prenatal y puerperal.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
			Ley 20.744/1974 de Contrato de trabajo y normas modificatorias. (Licencias.) Consejería en lactancia
Seguimiento del embarazo. Controles periódicos y adecuados.	Nivel I, II y III	Asegurar los controles prenatales mínimos (8). Búsqueda activa ante ausencias. Atención basada en demanda espontánea de la gestante. Completar laboratorios y ecografías según recomendaciones de atención. Asegurar diagnósticos rápidos en enfermedades de trasmisión vertical para tratamientos inmediatos. Consejería y consentimiento para AIPE. Preparación Integral para la Maternidad (PIM).	Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Guía de Práctica Clínica para la Atención Prenatal de bajo riesgo (en desarrollo) Botiquín REMEDIAR.
Pautas de alarma para consulta oportuna ante síntomas compatibles con riesgo de parto prematuro	Nivel I, II y III.	Consejería y asesoramiento sobre pautas de alarma a la persona gestante para consulta oportuna ante la aparición de síntomas compatibles con riesgo de parto prematuro.	Recomendaciones para la Prevención y Manejo de la Prematurez (2015)
Identificación de riesgo de parto prematuro según antecedentes.	Nivel I, II y III.	Detección de factores de riesgo en cada visita prenatal. Medición de Longitud Cervical por Ecografía transvaginal en población de gestantes con antecedentes de riesgo de parto prematuro o sintomáticas.	Equipos de ecografía transvaginal. Personal capacitado Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas Progesterona micronizada Aspirina de baja dosis en HTA. Heparina de bajo peso molecular en Síndrome Antifosfolipídico.
Escaneo de la morfología fetal entre semana 18 y 22 de gestación.	Nivel I, II y III.	Ecografía universal del segundo trimestre para la detección de anomalías congénitas.	Equipos de ecografía. Personal capacitado. Redes de servicios de diagnóstico y tratamiento fetal (Nivel III).

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Derivación intraútero oportuna según riesgo detectado y acorde a edad gestacional.	Nivel I, II y III Regionalización.	Acuerdos intersectoriales para la atención perinatal. Comunicación eficaz Referencia-contrarreferencia. Casas de Madres.	Categorización de maternidades. Norma de Garantía de Calidad de Servicios de Salud (Resol 348/2003 y 2014; Resolución CONE 2019). Móviles y personal de traslado.
Prevención de morbilidades neonatal y materna asociadas al diagnóstico de embarazo prematuro.	Nivel II y III	Administración de sulfato de magnesio como neuroprotección fetal y corticoides prenatales para prevención de hemorragia intraventricular y para maduración pulmonar fetal. Uteroinhibición. Antibióticos para prevención de la Infección Neonatal por Estreptococo Beta hemolítico Grupo B y Corioamnionitis.	Glucocorticoides; Sulfato de Magnesio; Tocolíticos; Antibióticos; Bomba de infusión. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección neonatal precoz por Estreptococo β Hemolítico del Grupo B (EGB) Ley Nacional 26.369/2008, de Realización del examen de detección del estreptococo Grupo B Agalactiae a todas las embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37.
Abordaje de situación crítica.	Nivel II y III	Mantener comunicación entre los servicios de neonatología, obstetricia y salud mental. Acompañamiento familiar en el evento de muerte fetal, perinatal o neonatal por equipos interdisciplinarios" Mantener entrevista con la familia para conocer sus deseos frente a un embarazo en el límite de la viabilidad o riesgo de muerte perinatal. Prever un espacio de intimidad para que la familia, si lo desea, pueda despedirse de la persona recién nacida. Brindar formación a los profesionales sobre cuidados paliativos.	Recomendaciones para la atención integral ante la muerte fetal y neonatal (en proceso) Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad

5.1.3. Período parto / nacimiento / puerperio

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Identificación del recién nacido. Certificado de nacimiento.	Nivel II y III Articulación RENAPER.	Pulsera y huella dactilar materna y plantar del RN. Registro adecuado del peso al nacer y edad gestacional.	Ley 24.540/1995 Ley 25.929/2004
Garantizar el parto respetado (Ley N° 25.929 /2004)	Nivel II y III.	Estrategia MSCF. Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la persona gestante y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia	Talleres y Guía de implementación MSCF. Ley N° 25.929/2004 y Decreto reglamentario 2035/2015 Maternidad segura y centrada en la familia[MSCF] con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del Modelo. Manual de prácticas ¿Cómo transformar una maternidad tradicional en segura y centrada en la familia?
Clampeo oportuno de cordón.	Nivel II y III.	*Clampeo* demorado del cordón facilitando la transfusión placentaria. Mejora la adaptación postnatal y previene la anemia o reduce la frecuencia de transfusiones.	Algoritmo de Reanimación Neonatal en sala de Partos Capacitaciones.
Primera hora de vida.	Nivel II y III.	Contacto piel a piel (COPAP) en RNPT vigorosos con estabilidad respiratoria, según su edad gestacional y el estado de salud de la persona puérpera. Si no fuera posible, buscar alguna forma de contacto físico o visual antes de ser llevada/o para su asistencia. Durante el COPAP, cubrir con sábana plástica y compresas tibias en un ambiente entre 24°C y 26°C, evitando la pérdida de calor del RNPT. Supervisar este momento para evitar el riesgo de caídas y verificar alteraciones de los signos vitales.	Termómetros digitales. Oxímetros de pulso. Compresas y sábanas /bolsas plásticas.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
RCP y estabilización inicial del recién nacido de riesgo.	Nivel II y III.	Equipar las salas de recepción con el mismo nivel de complejidad que las unidades neonatales de nivel IIIB (con posibilidad de administrar gases mezclados, humidificador y calentador). El traslado debe realizarse en incubadora de transporte con posibilidad de mezcla de gases y evitando exponer a riesgo de hipotermia e hiperoxia. Todos los nacimientos de RN prematuros deben ser atendidos por un médico neonatólogo y personal de enfermería capacitado para su atención. Capacitar a todo el personal que recibe RN de todos los niveles de complejidad en la estrategia ACORN. Sistematizar su utilización. Certificar en RCP neonatal y con actualización cada 2 años a los profesionales involucrados en la atención del RN. Garantizar la continuidad del cuidado entre la recepción-reanimación y estabilización inicial.	Capacitaciones RCP. Equipamiento RCP, servocunas, mezcla de gases, oxímetros de pulso. Reanimador con pieza en T, Oxígeno y aire comprimido de transporte, Oxímetro de pulso con batería, Monitor multiparamétrico, equipo de control de glucemia por tira reactiva, Equipo de medición de tensión arterial no invasiva, incubadora de transporte, servocuna, elementos descartables. Capacitación integrada RCP-ACoRN. Algoritmo de Reanimación Neonatal en sala de Partos Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal. Recomendaciones y lineamientos prácticos
Traslado oportuno y adecuado del recién nacido prematuro fuera del nivel de atención correspondiente. CETNEO.	Nivel II y III Regionalización.	Todos los traslados de RN de alto riesgo deben ser realizados por un médico neonatólogo y personal de enfermería. La ambulancia debe estar equipada para las necesidades de estos pacientes. Todo RN que requiera derivación debe poder recibir una adecuada estabilización de acuerdo al programa ACORN. Su traslado debe realizarse con pautas de calidad según las CET NEO. Debe ser seguro eficiente y realizado por personal calificado. Debe existir una comunicación y coordinación previa por un centro coordinador.	Recomendaciones para el traslado neonatal Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal. Recomendaciones y lineamientos prácticos
Anticoncepción inmediata post evento obstétrico.	Nivel II y III.	Consejería en SSyR. Anticoncepción. Colocación de métodos anticonceptivos de larga duración postparto /intracesárea.	Capacitaciones. Guía de Salud Sexual y Reproductiva, Anticoncepción (en proceso de edición).

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
		Provisión de métodos anticonceptivos de corta duración.	Ley 25.673/2002 de salud sexual y procreación responsable. Ley 26.130/2006 (de anticoncepción quirúrgica) Anticonceptivos de corta y larga duración.
Acompañamiento interdisciplinario a la persona gestante durante el puerperio.	Nivel II y III. Articulación Intersectorial.	Consejería para planificación familiar. Atención por el equipo perinatal. Detección de depresión puerperal. Gestión de recursos.	

5.1.4. Período neonatal

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Control continuo de la identificación del recién nacido.	Nivel III. Unidades neonatales.	Realizar la correcta identificación en el momento del parto y durante la internación del RN, para garantizar el derecho a identidad y evitar errores en procedimientos y administración de medicación. También previene los errores de cambio de paciente	Ley 24.540/1995. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria (2019).
Evaluación de peso al nacer.	Nivel III. Unidades neonatales.	Las y los RN prematuros deben ser evaluados al nacer por los Estándares Internacionales de Tamaño al Nacer.	Pediómetros, balanzas y cintas de perímetro cefálico. Gráficas y tablas de los Estándares disponibles en las unidades. Referente en la unidad que realice los cursos de antropometría y los promueva dentro de la institución.
Monitoreo periódico del crecimiento (semanal).	Nivel III. Unidades neonatales.	Su crecimiento debe ser monitoreado en forma periódica (semanal) por estándares Internacionales de crecimiento postnatal para pretérmino. Promover los cursos de antropometría	Pediómetros, balanzas y cintas de perímetro cefálico. Gráficas y tablas de los Estándares disponibles en los consultorios de seguimiento para incluir en las historias de los prematuros en seguimiento. Referente en seguimiento al menos uno por institución.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
			Dos referentes por institución comprometidos con el aspecto nutricional de los prematuros. Estándares de crecimiento para prematuros.
Estándares nutricionales.	Nivel III. Unidades neonatales.	RN prematuros deben tener acceso a leche humana para su alimentación.	Centros de lactancia. Bancos de leche humana. Estimular la succión para la correcta transición de alimentación por sonda a succión. Especialistas en kinesiología, fonoaudiología e intervención temprana.
		En caso de no poder alimentarse por vía enteral deben poder recibir nutrición parenteral en composición y cantidad acorde a las recomendaciones nutricionales.	Nutrición parenteral de calidad y composición adecuada según las guías nutricionales, catéteres epicutáneos.
		Nutrición enteral mínima precoz.	Fortificadores de LH y fórmulas de prematuros. Nutrición del niño prematuro
		Topicaciones con leche humana.	
		Acceso a suplementos nutricionales necesarios Vit D, Hierro, Calcio.	Fortificadores de LH y fórmulas de prematuros. Nutrición del niño prematuro
		Las y los niños hijos de madres HIV+ deben tener acceso a sucedáneos de la Leche Humana	
Estándares respiratorios.	Nivel III. Unidades neonatales.	Las y los niños de pretérmino con signos de dificultad respiratoria deben ser monitoreados por un oxímetro de pulso para brindar una oxigenoterapia segura evitando desde los primeros minutos de vida la hipoxia o hiperoxia.	Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Cuidados respiratorios. Pautas y lineamientos prácticos (2019) Oximetros de pulso-sensores neonatales.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
		Durante la atención, se debe disponer de mezcladores de aire oxígeno para brindar la FiO_2 necesaria, su reanimación debe comenzar con FiO_2 entre el 0,21% y 30% Si es necesario, administrar oxígeno su objetivo de saturación debe ser entre 89% y 94%.	*Blenders*. Mezcladores para el traslado neonatal. Tubos de aire o respiradores de traslado.
		RN pretérmino que requieran oxigenoterapia o soporte respiratorio deben recibirlos de forma segura con dispositivos adecuados (CPAP) oxímetros de pulso y *blenders*.	Equipos de CPAP.
		Las y los niños con SDR deben recibir presión positiva (PEEP) tan pronto como se diagnostique el problema.	Equipos de CPAP.
		Cuando un RN pretérmino requiera surfactante lo debe recibir precozmente de acuerdo con las recomendaciones de manejo respiratorio actuales.	Surfactante
		Las y los niños con diagnóstico de DBP deben ser evaluados y tratados de acuerdo a las guías actuales.	Equipos de cánula de alto y bajo flujo
Manejo del dolor y cuidados paliativos.	Nivel III. Unidades neonatales.	Se debe evaluar el nivel de disconfort o el dolor en las y los prematuros y manejarlos adecuadamente mediante medidas farmacológicas o no farmacológicas según las recomendaciones actuales.	
		Todas las y los niños deben poder tener acceso a cuidados paliativos o a la adecuación del esfuerzo terapéutico en caso de ser aplicable según las recomendaciones actuales.	
Acompañamiento familiar por parte de un equipo interdisciplinario en el evento de situaciones críticas / de muerte.	Nivel III. Unidades neonatales.	Información detallada de situación clínica, riesgos, pronóstico, alternativas terapéuticas. Cuidados paliativos y adecuación de los esfuerzos terapéuticos. Abordaje interdisciplinario perinatal y salud mental. Respeto personalizado que tenga en cuenta las pautas culturales. Presencia de familia en la UCIN, con-	Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad Recomendaciones para la atención integral ante la muerte fetal y neonatal (en proceso de elaboración).

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
		tacto físico con el cuerpo agonizante o sin vida y facilitar la despedida, el duelo. Decisión del destino final del cuerpo sin vida, autorizar o denegar la necropsia. Información sobre inhibición de lactancia, donación de LH y sobre gestiones a realizar, documentación necesaria a fin de que puedan decidir las alternativas más pertinentes.	
Prevención y manejo de las complicaciones frecuentes de los recién nacidos prematuros.	Nivel III. Unidades neonatales.	Tratamiento de la Encefalopatía Hipóxico Isquémica (EHI).	Programa nacional de manejo de la encefalopatía algoritmos y capacitación (35 semanas o más). Encefalopatía neonatal: Algoritmo de diagnóstico, tratamiento inicial y derivación en ≥ a 35 semanas de EG. MSal. 2021. Encefalopatía neonatal: Algoritmo de estabilización previa al traslado a un centro de hipotermia terapéutica MSal, 2021. Recomendación para el tratamiento con hipotermia en recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica. SAP.CEFEN 2017. Equipos de hipotermia y monitores de EEG.
		Tratamiento de la Ictericia.	Guías de la AAP para mayores de 35 semanas. Guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) para RNPT. Fototerapia LED.
		Prevención y tratamiento de la Anemia.	Guías de extracción cuidadosa. Uso de micromuestras en laboratorio. Guías de práctica para transfusiones con glóbulos rojos (GR) filtrados e irradiados.
		Tratamiento del Ductus arterioso persistente.	Guías de manejo hemodinámico.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
			Tratamiento farmacológico. Cirugía en las Unidades IIIB por equipos de cirugía cardiovascular itinerantes, coordinados por los Centros del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC).
		Prevención y tratamiento de la Enterocolitis Necrosante ECN.	Utilización de LH, plan trófico, uso racional de antibióticos. Nutrición del niño prematuro. MSal, 2015.
		Prevención y tratamiento de la Retinopatía del Prematuro (ROP).	Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía del Prematuro (ROP)
		Prevención y tratamiento de la Hemorragia intraventricular (HI).	Sulfato de magnesio prenatal en la prevención de la encefalopatía, monitoreo adecuado. Pautas de manejo hemodinámico del recién nacido.
		Prevención y tratamiento de la Displasia broncopulmonar (DB).	Atención y cuidado del RN prematuro. Cuidados respiratorios. Pautas y lineamientos prácticos. MSal, 2019.
		Los cuidados deben estar orientados a mantener una adecuada termorregulación, la integridad de la piel, y la prevención de infecciones.	Atención y cuidado del RN prematuro. Manejo hidroelectrolítico, Termorregulación. Cuidado de la piel. Pautas y lineamientos prácticos. MSal, 2020.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Cuidados neonatales transversales	Nivel III. Unidades neonatales.	Incorporación de la familia en el cuidado; COPAP; protección del sueño, reuniones de padres, Residencia de Madres, profesionales de Salud Mental en el equipo.	Maternidad segura y centrada en la familia [MSCF] con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del Modelo. Manual de prácticas ¿Cómo transformar una maternidad tradicional en segura y centrada en la familia?
		Pesquisa Metabólica Neonatal.	Programa Nacional de Fortalecimiento de la Detección Precoz de Enfermedades Congénitas. Ley Nacional N° 26.279/2007 Detección y tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido.
		Pesquisa Auditiva Neonatal.	Ley Nacional N° 25.415/2001; Creación del Programa Nacional de Detección temprana y Atención de la hipoacusia Pesquisa Neonatal Auditiva. MSal, 2014.
Neurodesarrollo centrado en la familia.	Nivel III. Unidades neonatales.	**Método Cuidado Canguro (MCC):** basado en el contacto piel-a-piel prolongado entre el/la RNPT o BP clínicamente estable, y la madre u otro/a cuidador/a de la familia. **COMPRENDE: posición vertical** del niño/niña sobre el tórax de la madre o cuidador/a (*posición canguro*); nutrición basada en la **lactancia** (LH exclusiva o predominante, con o sin suplementos o fortificación), **empoderamiento** de la madre y familia para los cuidados y responsabilidades progresivas; preparación para el post alta. Fortalece el vínculo y apego de la díada. El MCC presenta variantes según el momento de inicio, las horas diarias (continuo o discontinuo) y la duración (días, semanas, hasta el egreso o continuado en el domicilio). Siempre adecuado a las condiciones	Equipo de atención entrenado y organizado. Estructura física definida y mobiliario adecuado según la modalidad de Cuidado Canguro. Método madre canguro. Guía práctica. OMS 2004. Guías de Práctica Clínica. Basadas en Evidencia para la Óptima Utilización del Método Madre Canguro en el Recién Nacido Pretérmino y/o de Bajo Peso al Nacer. Actualización 2007-2017. Bogotá, Fundación Canguro, 2021.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
		edilicias y la organización de los servicios y a la disponibilidad, necesidades y deseos de la madre. El MCC demostró ser efectivo para favorecer la estabilidad térmica, la lactancia al egreso y post alta, el crecimiento, el neurodesarrollo, la reducción del riesgo de infección y de la estadía hospitalaria.	
	Nivel III.	Comunicación efectiva, Pases de guardia y planta.	SAP. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales RESOL-2019-2707-APN-SGS#MSYDS: Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.
Calidad y seguridad de la atención.	Nivel III. Unidades neonatales.	Medicación y procedimientos seguros.	
		Prevención de Infecciones.	Guía de prevención y tratamiento de infecciones congénitas y perinatales. Uso racional de antibióticos.
		Prevención de caídas y lesiones.	
		Registros clínicos, accesibles en su interacción y seguimiento.	Apoyo a la conectividad.
Calidad del Registro.	Nivel III. Unidades neonatales.	Todo establecimiento de salud debe tener un sistema de registro para análisis y monitoreo y seguimiento del desempeño y mejora de la calidad	SIP Plus.
		Garantizar el número adecuado de neonatólogas/os y la relación enfermero paciente. Capacitación permanente de los equipos. Especialistas Pediátricos: cardiología, cirugía, neurología, neurocirugía, infectología, etc.	Resolución 641/2012 Directriz de organización y funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales. Programa de capacitación y asistencia técnica.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Equipos de salud especializados.	Nivel III. Unidades neonatales.	Garantizar que el espacio físico para la atención de las y los RN prematuros cumpla con los estándares recomendados de espacio físico y ambiente, para poder brindar cuidado para el neurodesarrollo centrado en la familia.	Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y de Cuidados Neonatales Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Maternidad Unidades de Neonatología Estándares y recomendaciones de calidad. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Gobierno de España.
Ambiente de cuidado	Nivel III Unidades neonatales	Garantizar el equipamiento adecuado para la monitorización clínica desde el nacimiento hasta el alta institucional.	Oxímetros de pulso, sensores. Monitores multiparamétricos.
Equipamiento - Monitorización clínica.	Nivel III. Unidades neonatales.	Capacitación al principal cuidador y familia en cuidados inmediatos y mediatos, nutrición, promoción lactancia. Indicaciones médicas, acceso a NEAS (Necesidades Especiales de Asistencia en Salud), sueño seguro, RCP para padres, prevención de IRAB. Acompañamiento emocional. Consultas de emergencia.	Manual de Crianza. Instructores locales RCP y sus insumos. Programa de Seguimiento de Prematuros, disponibilidad de consultas programadas o de emergencia, contacto telefónico, garantizar accesibilidad, resumen por triplicado de la Historia Clínica, entrevista pre alta con cuidadores, instrucciones orales y escritas. Disponibilidad de Fe, polivitamínicos, fórmulas especiales en el 1er y 3er nivel de atención. Guía práctica para reanimación Cardiopulmonar para lactantes y desobstrucción en la vía aérea para madres/padres/cuidadores Video con instrucciones paso a paso para la realización de RCP neonatal e instrucciones paso a paso para llevar a cabo la desobstrucción de la vía aérea de un bebé. Nutrición del Niño Prematuro MSal, 2015.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Preparación del alta médica. Organización del alta médica consensuada y segura. Contrarreferencia.	Nivel III.	Articulación entre niveles y servicios para garantizar el seguimiento.	Telesalud Desarrollo de redes.
	Nivel III, II, I Regionalización.		

5.1.5. Período postneonatal, primera infancia y niñez

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Prevención y reducción de daños en relación con la prematurez.	Nivel I	Control periódico de la Salud (0 a 7 años). Atención integral del niño/a y su familia.	Guías nacionales de control pediátrico en APS.
	Nivel I y III Articulación intersectorial.	Seguimiento articulado entre APS y Seguimiento de Recién Nacidos en Riesgo (0 a 7 años). Atención integral del niño/a y su familia. Garantizar acceso a las NEAS. Garantizar acceso a consultas programadas. Vigilancia de riesgos específicos y necesidad de inmunizaciones especiales que tienen las y los niños prematuros.	Seguimiento de Niños de Riesgo, MSal. Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo
Acceso a los derechos de la seguridad social.	Articulación intersectorial .	Asignación por Cuidado de Salud Integral. Asignación Universal por Hijo Asignaciones Familiares.	ANSES.
Incorporación según riesgo a Programas de Seguimiento.	Nivel III.	Controles trimestrales en Programas de Seguimiento (1er año de vida) Prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de NEAS.	Seguimiento de Niños de Riesgo, MSal. Recomendaciones para Seguimiento de Prematuros Tardíos. Documento de Programas de Seguimiento del MSal.
		Controles bianuales en Programas de Seguimiento (2do al 7mo año de vida).	

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Lactancia exclusiva hasta los 6 meses y complementaria con otros alimentos hasta los 2 años.	Niveles I, II y III.	Acompañamiento, asesoramiento, educación y consultoría en lactancia en prematuros.	Guías de Seguimiento de Niños de Riesgo. Nutrición del niño Prematuro MSal, 2015. Consejería en Lactancia Materna. MSal, 2015. Consultoría en lactancia. Programas de capacitación de equipos de salud y agentes comunitarios Programa Intergrowth 21th.
Evaluación del estado nutricional (1er año de Consejería en Lactancia).	Nivel I,II y III.	Uso de estándares nutricionales para detectar malnutrición, dislipidemias, anemia ferropénica, osteopenia..	Provisión de fórmulas para prematuros y de inicio, hierro, vitaminas A, C y D, ácido fólico, asesoramiento nutricional. Nutrición del niño Prematuro MSL, 2015.
Vigilancia nutricional (2do al 7mo año de vida).		Uso de estándares nutricionales para detectar malnutrición, dislipidemias, anemia ferropénica, osteopenia.	Promoción de la lactancia hasta los 2 años, provisión de fórmulas de inicio y leche de vaca en polvo. Hierro, vitaminas A,C y D, ácido fólico. Asesoramiento nutricional. Nutrición del niño Prematuro MSal, 2015.
Evaluación periódica del crecimiento (1er año de vida).	Nivel I,II y III.	Uso de estándares internacionales desde el nacimiento hasta las 62 semanas postnatales.	Capacitación en uso de Estándares. Disponibilidad de curvas *on-line* o impresas. Otros insumos: balanzas, pediómetros, cintas métricas.
Vigilancia del crecimiento (2do al 7mo año de vida).		Uso de estándares internacionales desde el nacimiento hasta las 62 semanas postnatales. Uso de curvas de la OMS hasta los 6 años.	
Vigilancia clínica. Evaluación formal periódica del neurodesarrollo durante el 1er año de vida.	Nivel I, II y III.	Nivel I y II: realizan vigilancia observacional clínica (por instrumento IODI hasta 4 años). Nivel III: Realiza una evaluación formal del neurodesarrollo a los 6 y 12 meses de vida. Inicia tratamiento ante desviaciones del ND. Capacita en forma permanente al personal. Capacita a los principales cuidadores (madre, otros cuidadores).	Intervenciones tempranas centradas en la familia. Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI). Pruebas de evaluación formal. Capacitación a los equipos de salud.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Vigilancia clínica del ND. Evaluación del ND a los 18, 24 y 60 meses. Evaluación anual en el Grupo A hasta el ingreso escolar (2do al 7mo año de vida)	Nivel II y III.	Realiza una evaluación formal del neurodesarrollo a los 18 y 24 meses. Realiza evaluación psicopedagógica a partir de los 3 años (previo al inicio de educación formal). Realiza pesquisa de TEA entre los 18 y 24 meses y a los 4 años. Inicia tratamiento ante desviaciones del ND. Capacita en forma permanente al personal.	Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) –hasta 4 años–. Escalas de evaluación formal. Evaluación psicopedagógica. Capacitación a los equipos de salud.
Vigilancia de la retinopatía de la prematurez . Pesquisa de trastornos visuales y baja visión (1er año de vida). Control oftalmológico bianual en el nivel correspondiente según antecedentes. Pesquisa de baja visión (2° al 7° año de vida).	Nivel II y III.	Control oftalmológico según recomendaciones del Programa Nacional de Prevención de la Ceguera por ROP. Detección de otras patologías oftalmológicas asociadas a la prematurez. Pesquisa de baja visión. Todos los niveles: controles oftalmológicos hasta completar evolución de ROP. Controles oftalmológicos para detección de defectos refractivos, estrabismo, alteraciones del nervio óptico, otras. Controles clínicos para detección de baja visión. Nivel II y III Dispone de un oftalmopediatra entrenado en pesquisa oftalmológica en prematuros y de un experto en baja visión (estimulador/a visual). Capacitación permanente.	Consultorio de oftalmología pediátrica. Oftalmoscopio binocular indirecto con lupas adecuadas. Colirios midriáticos, anestésicos y antibacterianos. Blefarostatos e indentadores. Consultorio de baja visión. Kits para evaluación de baja visión. Ayudas ópticas. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la retinopatía del prematuro (ROP). MSal, 2016.
Evaluación de la audición según algoritmo. Evaluación de la comunicación (1er año de vida).	Nivel I articula con Niveles II o III según corresponda. Niveles III, con centros especializados.	Control fonoaudiológico según recomendaciones del Programa Nacional de Hipoacusia Programa de seguimiento: Fonoaudiólogo/a.	Consultorio de Fonoaudiología. Equipos personales (otoamplífonos, implantes cocleares, otros dispositivos.) Equipos para realización de OEA, ABR, impedanciometría de alta frecuencia, PEAT.
Evaluación anual de la audición. Evaluación anual de la comunicación.	Nivel II y III Centros especializados.	Control fonoaudiológico anual para la pesquisa de déficits auditivos y de la comunicación. Grupo A*: hasta los 7 años, Grupo B**: hasta los 2 años. Programa de seguimiento: Fonoaudiólogo/a. Pruebas de evaluación de la comunicación (*) Grupo A: menor o igual 32 semanas o PN menor o igual 1500 g. (**) Grupo B: EG 33-36 semanas completas.	Consultorio de Fonoaudiología. Equipos personales (otoamplífonos, implantes cocleares, otros dispositivos).

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Acceso al cuidado integral de la salud.	Nivel I, II y III Articulación intersectorial.	Acompañamiento para la crianza. Cuidado integral. Elaboración de Historia Social. Atención integral del/ la niña y su familia por equipo interdisciplinario y derivación a atención de problemáticas específicas.	Idealmente equipo interdisciplinario integrado por: enfermería con capacitación en Programas de Seguimiento; médico pediatra o generalista; trabajadoras/es sociales. Consultoría de salud mental, infectología, ginecología, nutrición, otras patologías clínicas que afecten a la madre. Agente sanitario o promotor de salud Asesoría legal. Determinación de condiciones crónicas. Gestión de CUD y acceso a servicios especiales. Redes articuladas desde una perspectiva de cuidado integral de salud.
Prevención de enfermedades infecciosas que ponen en riesgo la salud y la sobrevida.	Nivel I, II y III.	Vacunas de Calendario Nacional. Inmunizaciones especiales.	Vacunas del calendario nacional Anticuerpo monoclonal anti VSR para prematuros de riesgo.
Inclusión permanente en Programas de Seguimiento.	Nivel I, II y III.	Implementación de estrategias activas de vinculación y revinculación con APS y Programas de Seguimiento. Evaluación de riesgo. Actividades “extramuros“ de los promotores de salud y/o agentes sanitarios en el PNA. Estrategias de captación y recaptación del binomio madre/hijo/a. Registro de permanencia interoperable.	Capacitación permanente al PNA, promotores y agentes de salud. Herramientas digitales. Geolocalización y georreferenciación. Fichero cronológico. Redes formales e informales. Conectividad.
Inclusión en espacios de crianza y educación formal.	Articulación entre Salud y Educación.	Garantizar el ingreso oportuno a la educación formal. Incorporación temprana a espacios de crianza y cuidados. Educación formal a partir de los 4 años	Redes interconectadas Educación/ Salud.
Acceso a apoyos y recursos de educación especial de los prematuros que la requieran.	Articulación entre salud y educación, modalidad común y modalidad especial.	Garantizar el acceso oportuno a los apoyos de acuerdo a perfil de funcionamiento. Acceso a los recursos de la educación especial en el marco de la educación inclusiva	Variable según perfil de funcionamiento.

Líneas de acción	Efector	Prácticas	Insumos / materiales
Inclusión en espacios recreativos, acceso a bienes culturales.	Articulación intersectorial y comunitaria.		
Apoyo y fortalecimiento a las redes de familias.	Articulación intersectorial y comunitaria.	Acompañamiento a familias con hijas/os nacidos prematuros. Incorporación de madres - padres-cuidadores y niñas, niños y adolescentes nacidos prematuros en las capacitaciones Brindar información sobre prematurez destinadas a la comunidad y equipos de salud.	Materiales de difusión para familias y niños, niños y adolescentes. Acceso a la conectividad Banco de recursos de comunicación y educación para la salud del Ministerio de Salud dirigidos a la comunidad.

6.Bibliografía

- Barros FC, Papageorghiou AT, Victoria CG, et al. "The Distribution of Clinical Phenotypes of Preterm Birth Syndrome: Implications for Prevention"; JAMA Pediatr, 2015. 169(3):220-9.
- Blencowe, et al., "Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births"; Reproductive Health, 2013.
- Buchbinder, "Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina . Tendencia temporal"; Arch Argent Pediatr, 2008.
- Estrategia Todas las Mujeres, Todos los Niños para América Latina y el Caribe (EWEC-LAC).
- Herrero y Bossio, "Determinantes sociales de la mortalidad infantil por causas reducibles en la Argentina, 2009-2011"; Población y Salud en Mesoamérica , Vol.15, núm. 1, Artículo 9, julio- diciembre, 2017.
- Lawn et al. Every Newborn: "Progress, priorities, and potential beyond survival"; The Lancet, July 2014.
- Mendoza-Tascon, et. al. "Epidemiología de la prematurez, sus determinantes y prevención del parto prematuro"; Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.4, Santiago de Chile, Agosto 2016.
- Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) "Regionalización de la Atención Perinatal"; Buenos Aires, 2011.
- Ministerio de Salud de la Nación, "Regionalización perinatal en la Argentina: barreras, experiencias y avances en el proceso de regionalización perinatal"; 2da ed., Buenos Aires, 2018.
- Ministerio de Salud de la Nación. "Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal. Recomendaciones y lineamientos prácticos" Buenos Aires, 2019.
- Ministerio de Salud de la Nación. "Atención y cuidado del RN prematuro. Cuidados respiratorios. Pautas y lineamientos prácticos. Buenos Aires, 2019.
- Ministerio de Salud de la Nación. "Atención y cuidado del RN prematuro. Manejo hidroelectrolítico, Termorregulación. Cuidado de la piel. Pautas y lineamientos prácticos". Buenos Aires, 2020.
- Ministerio de Salud de la Nación , "Análisis de la natalidad y la mortalidad materna y en la niñez. A partir de la información proveniente del Sistema de Estadísticas Vitales de la R e-pública Argentina"; Abril 2020.
- Ministerio de Salud de la Nación, "Natalidad y mortalidad infantil 2019"; Boletín N°163, Argentina, enero 2021.
- 62a Asamblea Mundial de la Salud, "Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud"; Mayo 2009.
- Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional. Organización Panamericana de la Salud.

- OMS, UNICEF "Todos los Recién Nacidos : un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación"; Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- OPS "Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción"; 2020.
- UNICEF, "Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud r e-productiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Car i-be para guiar la formulación de políticas"; Panamá, Noviembre, 2016.
- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobre-vivir, Prosperar, Transformar. ODS. Todas las Mujeres, todos los Niños.
- Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud. OPS. OMS
- Latorre García y col. Desigualdades sociales en la salud perinatal en la CAPV. Abril 2007.Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Bauer G. Un indicador de Estado. Revista Soberanía Sanitaria. Año 1. N°2. Pág 10-15. 2017
- Regionalización de la atención perinatal. Documentos. 2011. MSAL. OPS
- Regionalización de la atención perinatal. Documentos. 2018. MSAL
- Bacallao J, Alerm A, Ferrer M. Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiologia y la salud pública. La Habana: Medical Sciences Editorial; 2016.
- Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, Plan Nacional de Acción con-tra las violencias 2020-2022, Argentina, 2020.
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019

Ministerio de Salud
Argentina