

Especialización en Economía y
Gestión de la Salud
Trabajo Final de Especialización

Autor: Fernando Andrés Kozij

**LA CRISIS DE LA NEONATOLOGÍA EN LA REPUBLICA
ARGENTINA, EL ROL QUE LOS ESPECIALISTAS
DESEMPEÑAN Y SU IMPACTO EN LA
MORTALIDAD INFANTIL**

2015



Citar como: Kozij, F. A. (2015). La crisis de la Neonatología en la Republica Argentina, el rol que los especialistas desempeñan y su impacto en la mortalidad infantil. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen/ Abstract.- Palabras-Clave.	Página 5
1. Introducción.	Página 6
1.1. Presentación.	Página 6
1.2. Descripción del Problema.	Página 6
1.3. Contexto.	Página 7
1.4. Utilidad.	Página 8
1.5. Relevancia y Justificación.	Página 8
2. Planteamiento del Problema.	Página 8
2.1. Formulación del Problema del TIF.	Página 9
2.2. Objetivos: General y Específicos.	Página 9
3. Marco Teórico.	Página 10
3.1. El financiamiento del Sistema de Salud en Argentina.	Página 10
3.2. La medición de las desigualdades en el campo de la salud.	Página 12
3.3. Afecciones Neonatales, la principal causa de Mortalidad Infantil en Argentina.	Página 12
4. Metodología.	Página 14
4.1. Tipo de estudio.	Página 14
4.2. Fuentes de datos.	Página 14
5. Desarrollo.	Página 15

5.1. El porqué de la elección de la Tasa de Mortalidad infantil para definir la importancia de la Neonatología como herramienta para mejorarla.	Página 15
5.2. Desarrollo de la situación actual de la Neonatología en Argentina.	Página 18
5.2.1. Numero necesarios de neonatologos.	Página 18
5.2.2. El rol del neonatólogo en la Republica Argentina.	Página 21
5.2.3. Condiciones laborales de los Neonatologos en nuestro país.	Página 23
5.3.2.1. Remuneración.	Página 24
5.3.2.2. Modelo de atención basado en guardias.	Página 24
5.3.2.3. Empleos Múltiples	Página 25
5.3.2.4. Escasa representación gremial.	Página 25
5.3.2.5. Falta de reconocimientos por el trabajo en condiciones insalubres.	Página 25
5.4.¿Cuales podrían ser las causas de la falta de interés en la formación post-básica en Neonatología?	Página 27
5.4.1. Mercado formativo del grado y posgrado.	Página 27
5.4.2. Cambios demográficos en los estudiantes de ciencias de la salud.	Página 28
5.4.3. Estructura formativa de la residencia y mercado laboral.	Página 28

6. Conclusiones	Página 30
7. Recomendaciones.	Página 31
8. Bibliografía.	Página 33
9. Gráficos 1	Página 35
Grafico 2	Página 36
Grafico 3	Página 37

RESUMEN:

El presente trabajo, tiene como objetivo, indagar sobre la situación de la Mortalidad Infantil en la República Argentina.

Para ello se realizó un análisis de las condiciones de Equidad del Sistema de salud Argentino, se evaluaron los distintos elementos que componen la Tasa de Mortalidad Infantil, se busco enfatizar sobre la importancia que esta tiene como indicador para medir el estado de salud de la población, y por último se desarrollo el componente neonatal y el rol que desempeña la Neonatología como herramienta para buscar mejoras en la Mortalidad Neonatal.

Del estudio realizado, se formularon recomendaciones sobre los temas analizados, con el objetivo de intentar contribuir a la disminución de la tasa de Mortalidad Infantil del subsector salud.

PALABRAS-CLAVE: Sistema de Salud Argentino, Gasto en salud, Inequidad, Tasa de Mortalidad Infantil, La neonatología en crisis , Recursos Humanos en Salud.

1. INTRODUCCION

1.1. Presentación:

El presente TIF tiene como objetivo analizar la situación de la Mortalidad Infantil en la Republica Argentina, exponiendo sus rasgos característicos, analizando la situación actual y comparando los resultados de Mortalidad Infantil con la de los países desarrollados, los países de la región y con la situación en las diferentes regiones del país.

Evalúa además a los diferentes actores del sistema: estado, financiadores, prestadores, médicos, y pacientes con el objetivo de determinar la responsabilidad de los mismos en la situación actual.

La herramienta utilizada fue, la de abordar el trabajo consultando fuentes relacionadas con los tema que se inscriben dentro de las áreas de Organización de los Sistemas de Saiud, Estadística, Recursos Humanos y Gestión.

1.2. Descripción del Problema:

La tasa de mortalidad infantil es considerado un indicador sensible, muy comúnmente usado por los gobiernos para medir el estado de salud de la población, pues contribuye a relacionarse con diferentes aspectos sociales, culturales y económicos, y es además, uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud.

En Argentina la tasa media de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos es de 11,7 de la población total (1) y con respecto a esto podemos analizar lo siguiente:

La Mortalidad Infantil en Argentina se encuentra en un punto intermedio con respecto a otros países, en una buena situación con respecto a los países de la región pero muy lejos de las cifras registradas por los países desarrollados que con menor cantidad de unidades y de recurso humano especializado por habitante obtienen resultados de morbilidad infantil superiores a nuestras mejores estadísticas.

Si lo analizamos por provincia, los valores marcan una severa inequidad. Por ejemplo, mientras en Formosa mueren 21,2 niños menores de un año cada 1000 nacidos vivos, en Buenos Aires las cifras llegan a 11,8 y en Tierra del Fuego, a 7,1 (1).

Las cifras de muerte infantil, permiten observar la existencia de disparidad en el riesgo de morir para los niños menores de un año que viven en las distintas provincias argentinas. (Ver grafico 2).

Con relación a su composición , podemos decir que la Mortalidad Infantil en Argentina se parece mucho a la de los países más desarrollados, donde la mortalidad neonatal es la responsable del 75 % de la Mortalidad infantil (1).

Por último, diremos que La Mortalidad Neonatal ha sido llamada "el componente duro" de la Mortalidad Infantil, debido a que habitualmente es la que desciende más lentamente, en contraposición al componente blando, que equivale al período postneonatal, ya que es el que desciende primero y con acciones más fáciles de implementar.

1.3. Contexto.

De acuerdo con los datos publicados por la OMS en el año 2008 la Argentina aportaba una cifra superior al 10% de su PBI al sector Salud (2), ubicándose entre las naciones con mayor inversión social (pública y privada) en salud.

El sistema está asentado sobre la provisión pública de salud a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado.

Presentando una estructura federal, donde los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud.

El sector de salud argentino en su conformación actual, presenta como característica ser un sistema segmentado, heterogeneidad y poco equitativo tanto en su relación con la organización y financiamiento, como con el acceso a los servicios, y esta característica se refleja también en el funcionamiento de los servicios de neonatología.

La neonatología argentina es una especialidad relativamente nueva, con características de trabajo distintas a las implementadas en otros países, con servicios que repiten un mismo patrón de conformación, construido sobre la base

de una Terapia Intensiva Neonatal con muchos médicos part-time con capacitaciones disimiles, pocas enfermeras (por lo general auxiliares) , escasos equipos de apoyo, carentes de sistemas estables de transporte para los traslados de pacientes y que no trabajan con población a cargo ya que reciben pacientes con diferentes complejidades.

La neonatología como especialidad, se encuentra entre las menos elegidas por los médicos en formación, haciendo que cada año queden vacantes los cupos ofertados para las residencias medicas.

1.4. Utilidad.

La Mortalidad Infantil (MI) expresa la muerte de los niños menores de un año de vida (0 a 364 días), esta tiene dos componentes netamente diferenciados: la mortalidad neonatal que es la que ocurre entre el nacimiento y los 28 días de vida y la postneonatal que es la que ocurre entre los 29 días y el año.

Se relaciona a la Mortalidad Neonatal, con las condiciones biológicas del recién nacido, la atención médica y de enfermería recibida —y la concomitante aplicación de tecnologías—, y no tanto con condiciones sociales como ocurre con la mortalidad postneonatal, y por su parte, a la Mortalidad postneonatal, se la vincula cada vez más con eventos acaecidos en el periodo neonatal.

La Mortalidad neonatal representa la fracción más importante de la mortalidad infantil (aproximadamente 2/3 de la mortalidad infantil), teniendo en cuenta el enorme peso del componente neonatal, surge como objetivo, seria de utilidad, mejorar la asistencia neonatal en la Argentina, ya que el país se ha propuesto, dentro de sus prioridades, disminuir su Mortalidad Infantil (Objetivos de Desarrollo del Milenio/Naciones Unidas, septiembre del 2000).

1.5. Relevancia y justificación.

En la Argentina, la posibilidad de brindar una cobertura homogénea y equitativa de recursos de salud se ve acotada en función de la descentralización y la fragmentación del sistema sanitario. Con lo cual, se debe plantear como objetivo, identificar mecanismos para alcanzar un sistema equitativo y eficiente de asignación de recursos.

Es vital encarar el rediseño de los Servicios de Maternidad y Neonatología adaptándola a las necesidades de la realidad argentina, para lo cual, es

fundamental conocer las particularidades de la especialidad, que impiden continuar descendiendo las Tasa de Mortalidad Neonatal en el país.

Mejorando las condiciones de Trabajo de los Especialistas en Neonatología, favoreciendo la creación de un sistema de salud coherente, organizado, bien planificado y adecuadamente financiado, que solo acredite las unidades realmente necesarias, y que genere una organización de los recursos humanos y físicos, que mejore los indicadores de morbimortalidad neonatal.

2. Planteamiento del Problema.

2.1. Formulación del Problema de la Tesis.

El fundamento de este trabajo, es el de hacer aportes que permitan responder a la pregunta: ¿Que podemos hacer desde la Gestión para continuar disminuyendo la tasa de mortalidad infantil?

2.2. Objetivos: General y Específicos.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la situación de Mortalidad Infantil en la Republica Argentina, exponiendo sus rasgos característicos y buscando alternativas que permitan disminuir las cifras de Mortalidad a nivel nacional y en las diferentes regiones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Indicar la importancia de utilizar la tasa de Mortalidad infantil para medir el estado de salud de la población.

Definir los elementos que componen la Mortalidad infantil, e identificar la importancia del componente neonatal.

Evaluar las condiciones de Equidad del Sistema de salud argentino.

Plantear la realidad de la neonatología, a través del análisis de los recursos físicos, humanos y económicos de los servicios de Maternidad y Neonatología en nuestro país.

Definir conclusiones sobre la problemática planteada.

Ofrecer propuestas de mejoras a la realidad actual con el objetivo de buscar descender la Tasa de Mortalidad Infantil.

3. Marco Teórico.

- 3.1. **El Sistema de Salud de la Argentina** está compuesto por tres subsistemas financiadores, segmentados en relación al status laboral de las personas: el público (nacional, provincial y municipal), que brinda cobertura al 36% de la población, un gran subsector de la seguridad social que atiende a trabajadores estables (a través de efectores propio pero mayormente de prestadores del sector privado), y uno pequeño privado (aseguradoras, empresas de medicina prepaga) con raigambre urbana.

La salud de los ciudadanos no es una competencia delegada por las provincias en el estado nacional.

Las provincias son las responsables de la planificación, gestión y regulación de sus sistemas de salud, verificándose una situación de fragmentación en los servicios.

Coexisten efectores y trabajadores de la salud con dependencia nacional, provincial y municipal.

El Ministerio de Salud es el órgano que diseña las políticas de Salud a nivel nacional, tiene a su cargo la responsabilidad de entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales, con el fin de arribar a un Sistema Federal de Salud equitativo. A la vez, entiende en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social y del sector privado.

Luego de un prolongado proceso de descentralización que comenzó hace 50 años y finalizó en la década de los noventa, el Ministerio tiene apenas cinco efectores a su cargo.

A partir de entonces, las políticas se viabilizan a nivel jurisdiccional, adquiriendo gran importancia el Consejo Federal de Salud (COFESA), órgano de consenso en el cual participan los Ministros de Salud de todas las provincias y en el cual se sellan los acuerdos sobre políticas. (3).

Si analizamos la Eficacia en relación al Gasto en Salud, podemos decir que, la Argentina, en el contexto de la región latinoamericana, se encuentra ubicada entre las naciones de mayor ingreso.

A pesar de ello, y del significativo crecimiento económico en los últimos años, los indicadores de mortalidad al quinto año distan de ser los más satisfactorios.

Ello sucede independiente del nivel de gasto en el área, el cual posiciona a nuestro país entre las naciones con mayor inversión social (pública y privada) en salud.

Esto sugiere una falla en la estructura de gestión de los fondos dirigidos a los servicios de salud, lo cual va más allá de la capacidad de gasto y se apoya en los mecanismos de utilización y financiamiento de esos recursos.

La descentralización provincial y la atomización del sistema de seguridad social, genera entonces una brecha de equidad entre jurisdicciones y sistemas de aseguramiento social.

Es decir, que provincias y fondos sociales con mayor capacidad financiera, tienen más posibilidades de brindar atención, diferenciando la oportunidad y la calidad de las prestaciones con respecto a aquellos fondos de provincias y seguros más pobres.

Esta situación repercute en los gastos de bolsillo de las familias" (1).

Por lo cual, ante tal ineficiencia del gasto, medir las desigualdades en las condiciones de acceso constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud.

Desigualdad no es sinónimo de inequidad. La **inequidad** es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas. No obstante, los términos "desigualdad" (inequality) e "inequidad" (inequity) se usan indistintamente, sin tener en cuenta si las diferencias son injustas o no.

3.2. La **Medición de las Desigualdades en el campo de la Salud** es una condición indispensable para el análisis de sus determinantes y para el planteamiento de una teoría, lo cual, a su vez, es una base fundamental para la acción.

No obstante, dicha medición es tema de debate.

Existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad. (4).

Se tomara para este trabajo la **Tasa de Mortalidad Infantil** como objeto de estudio, por ser considerada uno de los indicadores más importantes en la planificación y programación de actividades en salud, es además, uno de los indicadores más sensibles para expresar el desarrollo de una sociedad, ya que está íntimamente ligada a las condiciones generales de carácter económico y social, así como a una amplia red de interacciones entre estas y la situación sanitaria particular.

La Mortalidad Infantil (MI) expresa la muerte de los niños menores de un año de vida (0 a 364 días), La MI se divide, de acuerdo a una clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la edad al fallecer de los niños, porque las causas que producen esas muertes son diferentes y, por lo tanto, las acciones que deben implementarse para reducirlas también son distintas. Hay dos grandes componentes:

1. Mortalidad Neonatal (MN): es la que se produce desde el nacimiento hasta cumplir los 27 días de vida. Este se subdivide a su vez en dos:
 - 1.a Mortalidad Neonatal Precoz: desde el nacimiento hasta cumplir 6 días de vida.
 1. b Mortalidad Neonatal Tardía: desde los 7 a los 27 días de vida.
2. Mortalidad Postneonatal: expresa la muerte de los niños desde los 28 a los 364 días. La Mortalidad Neonatal ha sido llamada "el componente duro" de la Mortalidad Infantil, debido a que habitualmente es la que desciende más lentamente, en contraposición al componente blando, que equivale al período postneonatal, ya que es el que desciende primero y con acciones más fáciles de implementar.

3.3. En Argentina la principal causa de Mortalidad Infantil son las afecciones Neonatales.

Son múltiples los factores que merecen ser analizados para "poder mirar" dentro de la mortalidad neonatal, como la edad al morir, las causas llamadas evitables o reducibles, los motivos que produjeron la muerte.

No obstante, sin lugar a dudas, un factor de gran relevancia es el bajo peso al nacer (menos de 2.500 gr), cuya proporción se mantiene estable en nuestro país y que está asociado a la mitad de la MI.

Los niños de menos de 1.500 gr de peso al nacer en Argentina son 1,1% de los nacidos vivos, mientras que representaron el 34% de los fallecidos. Si a éstos les sumamos los que pesaron entre 1500 y 2500 gr al nacer, más de la mitad de la MI se produjo a expensas de niños menores de 2.500 gr de peso al nacer.

Teniendo en cuenta el enorme peso del componente neonatal, es estratégicamente importante, mejorar la asistencia neonatal.

Las muertes de los recién nacidos son "muertes silenciosas", que aparentemente no tienen la misma representación social que la de los niños más grandes: si se indaga a la población en general, e incluso a los equipos de salud, cuáles son las causas que producen más muertes infantiles jamás se menciona la muerte en la sala de partos o en los primeros días de vida como asociadas a eventos perinatales y surgen invariablemente causas mucho menos frecuentes como la meningitis, los accidentes, la desnutrición, etc.

Todavía se discute si es mejor priorizar la atención primaria de las embarazadas y de los recién nacidos de peso adecuado, o mejorar las terapias intensivas neonatales y derivar los embarazos con amenaza de parto prematuro para que dichos niños nazcan en los centros terciarios, mejorando la atención de los niños de bajo peso.

Sin duda, lo más adecuado es mejorar de manera integral la atención de todo el periodo reproductivo de las mujeres, que debe continuarse con la adecuada atención neonatal hasta la máxima complejidad. (5).

4. Metodología.

4.1. Tipo de Estudio:

Es un estudio exploratorio- descriptivo.

4.2 Fuentes de datos

Fuentes Secundarias: Revisión documental de fuentes bibliográficas.

5. DESARROLLO Y CONCLUSIONES.

5.1. El porqué de la elección de la **Tasa de Mortalidad infantil** para definir la importancia de la Neonatología como herramienta para mejorarla.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible y muy comúnmente usado para medir el estado de salud de la población, pues contribuye a relacionarse con diferentes aspectos sociales, culturales y económicos, y es además, uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud.

La misma se define como aquella que ocurre en el primer año de vida y se calcula de acuerdo con la fórmula: N° de muertes en menores de 1 año/ N° de nacidos vivos x 1000.

Esta tiene dos componentes netamente diferenciados: la mortalidad neonatal que es la que ocurre entre el nacimiento y los 28 días de vida y la postneonatal que es la que ocurre entre los 29 días y el año.

Se relaciona a la Mortalidad Neonatal, con las condiciones biológicas del recién nacido, la atención médica y de enfermería recibida —y la concomitante aplicación de tecnologías—, y no tanto con condiciones sociales como la mortalidad postneonatal, y por su parte, a la Mortalidad postneonatal, se la vincula cada vez más con eventos acaecidos en el periodo neonatal.

La selección de la Tasa de Mortalidad Infantil por parte de los gobiernos, obedece a dos razones complementarias:

- 1) la primera, es su concepción como la variable relativamente más ilustrativa de las condiciones de salud de una población,
- 2) la segunda, es su facultad de trascender la ocurrencia de las defunciones, por estar ligada a la situación socioeconómica y educacional de los progenitores.

Existe un amplio consenso entre responsables de gobiernos regionales, investigadores reconocidos y organismos internacionales, que la mortalidad infantil constituye un problema prioritario en las condiciones sanitarias de las poblaciones.

La Mortalidad Infantil está íntimamente ligada a las condiciones generales de carácter económicos y sociales, es por ello, que ha sido utilizada como uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud y mortalidad de un pueblo, e incluso ha sido recomendado su uso como indicador del desarrollo social de las poblaciones"(4) .

El estudio de la Mortalidad Infantil, ha sido encarado desde distintos ángulos: demográfico, epidemiológico, social y médico. En una división artificial (ya que no considera los puntos de intersección de las diferentes disciplinas), se podría decir que:

- 1) La Demografía: ha relacionado el descenso de la MI con la fecundidad, la dinámica poblacional, el desarrollo socioeconómico, entre otros.
- 2) La Epidemiología lo ha hecho con variables biológicas tales como la edad materna, el intervalo intergenésico, el número de hijos, el orden de nacimiento, el bajo peso al nacer; pero también con variables económico-sociales como el grado de instrucción materno y paterno, las condiciones de vivienda, la ocupación del jefe de hogar, el acceso a servicios de salud, etc.
- 3) La sociología incorpora otras variables como la clase social, las etnias, las migraciones, la pobreza, la marginalidad, las crisis económicas, el desempleo, el carácter urbano o rural del medio en que vive la familia, entre otros, agregando estudios cualitativos que incorporan una visión diferente del problema, no abordada por los estudios cuantitativos más biologists.
- 4) La medicina, por su parte, se ha preocupado más por el estudio de las causas de muerte y sus tratamientos, al tiempo que comienza a hacer énfasis en la prevención.

En la perspectiva del análisis que privilegia la dimensión histórica, se hallan trabajos que indagan la persistencia o modificación de la Mortalidad Infantil, elaborando tendencias que expresan que, hasta los años 70 la misma se consideraba como un problema del subdesarrollo económico, pues casi siempre se encuentra inversamente asociada a indicadores como producto bruto y, tasa de desempleo entre otros.

Sin embargo, a finales de la década del '70 se produce una tendencia persistente de descenso de la mortalidad infantil en los países en desarrollo, que coexiste con la grave crisis económica caracterizada por la reducción del producto bruto interno, del valor real del salario mínimo y la elevación del desempleo.

Este descenso de la Mortalidad Infantil en la mayor parte de los países de Latinoamérica, en periodos de crisis económicas, rescata el papel preponderante que ocupan las políticas públicas en los cambios de las condiciones de vida de la población, ubicándolas como componentes básicos en la explicación del proceso de reducción de la mortalidad en los niños" (4).

En resumen, es bien conocida la relación de la Mortalidad Infantil con las condiciones socio - económicas, pero se desconoce el modo de incidencia y el peso relativo de los distintos factores intervinientes".

En este sentido, la Mortalidad Infantil constituye la expresión biológica final de un proceso que está, intensamente determinado por la estructura socioeconómica del hogar y del medio familiar donde se generan factores de riesgo que actúan directamente sobre la salud del niño, y con las condiciones sanitarias existentes en el lugar de residencia.

Cabe destacar:

- 1) Que la sanidad es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y la salud, y
- 2) Que las acciones relacionadas al desempeño de la Neonatología como herramienta que podría permitir un descenso de la Mortalidad Neonatal, ya que esta es responsable de la 2/3 partes de la mortalidad infantil total.

5.2. Desarrollo la situación actual de la Neonatología en Argentina.

Permanentemente escuchamos la frase **"La neonatología en la argentina está en crisis"** y "en la Argentina, la falta de neonatólogos es un problema que va en aumento" por lo que considere necesario indagar sobre los motivos que llevan a esta afirmación.

5.2.1. Lo primero que sería necesario determinar es: ¿Hacen falta más neonatólogos?

La respuesta, a priori, parece sencilla, pero puede ser diferente según la perspectiva desde la cual se enfoque, por lo tanto, antes de abordar la discusión sobre la necesidad o no de un número mayor de neonatólogos, debemos hacer un paréntesis para marcar una realidad histórica con respecto al origen de la especialidad en el mundo y la llegada de la misma a nuestro país, que nos permita entender la particular realidad de la neonatología en la argentina.

Históricamente, los primeros grandes avances de una incipiente neonatología tiene origen en Paris en 1892 con la escuela francesa de obstetricia quienes desarrollaron los primeros conocimientos sobre la alimentación y la utilización de oxígeno en prematuros, continuo con los aportes de Julios Hess en Chicago quien inaugura en 1914 la primera unidad dedicada al cuidado del recién nacido prematuro, y en 1960 fue acuñado el término "neonatología".

Durante los años que siguieron a 1960 los conocimientos teóricos avanzaron con rapidez, pero no fue sino hasta el final de los '60 y el inicio de los '70 que se produjeron los primeros avances clínicos que permitieron mejorar la sobrevida de los recién nacidos, especialmente prematuros, al contar con mejores cuidados metabólicos y nutricionales, asistencia ventilatoria con mejor tecnología y tratamientos más agresivos de las infecciones .

Cuando estos resultados se hicieron evidentes, los obstetras percibieron que algunas gestantes podían tener mejores resultados si tenían sus partos en instituciones en las cuales los recién nacidos podían acceder a las nuevas tecnologías.

Nace entonces la regionalización con el fin de organizar los servicios de maternidad para que las mujeres y niños de alto riesgo tengan su atención en hospitales provistos con la experiencia y la tecnología requerida para asegurarle cuidados óptimos (6).

En qué consistió entonces la regionalización? Las maternidades fueron clasificadas en tres niveles de atención, se organizaron sistemas de transporte y se construyeron vínculos entre las estructuras de salud, con el fin de mantener la capacitación en los niveles de menor complejidad que derivaban los recién nacidos de alto riesgo.

Esto permitió concentrar los profesionales y la tecnología en pocos centros muy especializados haciendo que el número de neonatólogos para la atención de los recién nacidos graves sea menor a 1 cada 1000 nacimientos (7).

En Argentina la historia de la neonatología se apoya en tres grandes pilares: 1) En la Maternidad Provincial de Córdoba, con el Dr. Jacobo Halac quien en 1966 inicia el primer Servicio de la especialidad, 2) En la Maternidad Sarda de la Ciudad de Buenos Aires, con el Dr. Alfredo Larguía quien inaugura el servicio en 1968 e introduce la perspectiva de la perinatología, y 3) En el Hospital Sor María Ludovica de La Plata en 1972 con el Dr. Juan Vicente Climent quien crea el servicio de Neonatología, comienza con la asistencia ventilatoria mecánica y constituye la primera residencia de neonatología en el país (6).

La Argentina, acompañó el progreso de la Neonatología e introdujo simultáneamente o con pocos años de diferencia, las nuevas tecnologías neonatales, pero no compartió la tendencia mundial a la regionalización.

Por el contrario permitió la apertura sin control de maternidades, creando un sistema de organización segmentada y fragmentada que en la actualidad cuenta con una cifra aproximada a los 900 servicios y para las cuales se necesita una enorme dotación de especialistas médicos y enfermeros superior a los existentes en la actualidad.

Nuestro país cuenta con un promedio de 1 neonatólogo cada 500 nacimientos (el doble de los existentes en EE.UU) sin embargo son insuficientes para atender los aproximadamente 760000 neonatos que nacen al año.

Esto se debe a que los neonatólogos en Argentina en su mayoría están distribuidos en maternidades con menos de 1000 partos/año que corresponden al 75% del total de las mismas y que asisten al 30% de los nacimientos, en lugar de maternidades con más de 3000 partos/años que son el 5% del total y que asisten el 34% del total de los nacimientos.

Esto no es un tema menor ya que la evidencia internacional muestra que la mortalidad neonatal es mayor cuando los niños de riesgo nacen en maternidades de baja complejidad (5).

Pero además, el riesgo de muerte es 3 veces superior, cuando además de baja complejidad el censo diario de la "terapia intensiva neonatal" es inferior a los 15 pacientes/ día, y es una de las causas de que la evolución de la mortalidad neonatal en la Argentina muestre un estancamiento, sin que se logre reducirla hasta menos de 2 dígitos (7).

En comparación con otros países, muestra una mortalidad infantil en Argentina, similar a la de los países desarrollados en la década del '70. (Ver gráfico 1)

Según lo expuesto parecería correcto pensar, que no faltan neonatólogos sino que en realidad se encuentran mal distribuidos.

Si analizamos la cantidad de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales por habitante que hay en nuestro país, observamos que supera holgadamente a la observable en el Reino Unido, España o Francia, países que aun con menor cantidad de unidades y de recurso humano especializado por habitante obtienen resultados de morbilidad neonatal superiores a nuestras mejores estadísticas.

Ejemplos como estos, podrían sugerir la necesidad de elaborar un sistema de salud coherente, organizado, bien planificado y adecuadamente financiado, que solo acredite las unidades realmente necesarias, en función de los intereses de su población.

Esto redundaría en una mejor atención pública, una mejor organización de los recursos humanos y físicos, y una mejora de los indicadores de morbilidad neonatal.

5.2.2. Rol del neonatólogo en Argentina.

La neonatología es una especialidad relativamente nueva, con una historia que se imbrica entre la obstetricia y la pediatria, compartiendo con la pediatria el cuidado del recién nacido sano, y la familia como centro de atención, y con la obstetricia el cuidado del binomio madre-hijo.

La misma se ocupa de la recepción y el cuidado del recién nacido de término sano durante los primeros 28 días de vida, y de los recién nacidos enfermo o prematuro hasta su extenuación, siendo el aporte de la especialidad a la salud pública, el descenso de la Mortalidad neonatal que representa la fracción más importante de la mortalidad infantil (aproximadamente 2/3 de la mortalidad infantil) que se consiguió gracias a la atención intensiva del recién nacido enfermo y la optimización de la atención de los recién nacidos prematuro.

Esta actividad se encuentra a cargo de profesionales de diferentes áreas según el país, que comparten el cuidado del recién nacido, como ser Médicos Generalistas, Pediatras y Pediatras formados en Neonatología en el manejo de sus diferentes roles (recepción, cuidado del recién nacido sano en la internación conjunta madre-hijo, la atención del recién nacido enfermo de baja y mediana complejidad en la terapia intermedia neonatal, el cuidado del recién nacido grave en la terapia intensiva neonatal, la atención de las consultas de guardia, el control y seguimiento por consultorio del recién nacido sano y patológico y por último el traslado en ambulancia de los recién nacidos para derivar al paciente a un centro de mayor complejidad o para realizar una interconsulta).

Aquí nuevamente debemos definir la realidad de la neonatología en Argentina y en el mundo con sus particularidades, en cuanto al modo de funcionamiento de los servicios de maternidad y neonatología, como el rol del neonatólogo en dichos servicios.

Describiremos en primer término el servicio de salud de los países desarrollados, que cuentan con maternidades regionalizadas en función de los aspectos demográficos del área de funcionamiento, número de Partos, localización y condiciones de transporte, y disponibilidad de recursos, categorizadas en 3 niveles que implican que:

- Son nivel 2, aquellos de baja complejidad que no deben asistir nacimientos prematuros, o sea asisten a recién nacidos sanos o patologías leves o transicionales.

- Nivel 3 A, son las que asisten prematuros de más de 1500 gramos.
- Nivel 3 B, que asisten además de los otros, a prematuros de menos de 1500 gramos, y que también tienen acceso a cirugía general, o cardiovascular, o neuroquirúrgica o las tres.

Para describir que recurso humano utilizan, pondremos como ejemplo las normas del Servicio Nacional de Salud de Canadá, que determina que sólo requiere Pediatras con capacitación en Neonatología presentes en forma permanente en la institución, en el caso de los servicios de máxima complejidad (Nivel III).

En los de Nivel II se requiere, por servicio, un Pediatra capacitado en Neonatología a disposición para ser convocado (en cal). En el resto de los países desarrollados, los partos normales y la atención de los recién nacidos sanos están en manos de Enfermeras profesionales, Obstétricas capacitadas en resucitación y Pediatras; y los Pediatras formados en Neonatología son convocados solamente ante nacimientos de riesgo.

Los recién nacidos que no requieren cuidados intensivos son atendidos, según el país, por médicos Generalistas, Residentes o Pediatras que han rotado cuatro meses por un Servicio de Neonatología durante su proceso de formación.

En Argentina, casi todos los servicios de neonatología repiten un mismo patrón de conformación, diferente a la del resto de los países del mundo, con un servicio de salud no regionalizados, construido sobre la base de una Terapia Intensiva Neonatal con muchos médicos part-time con capacitaciones disímiles, pocas enfermeras (por lo general auxiliares), insuficiente equipo de apoyo, carentes de sistemas estables de transporte y que no trabajan con población a cargo; En lugar de hacerlo con muchas Enfermeras con conocimientos técnicos y pocos médicos especializados full-time (Pediatras instruidos en Neonatología), acompañados por equipos de terapeutas respiratorios (Fisioterapeutas), Farmacéuticos, Nutricionistas, etc., como lo dictan las guías de práctica clínica internacionales; Y donde el Neonatólogo de Guardia, permanentemente debe abandonar su trabajo en la terapia intensiva neonatal para concurrir a los partos, atender a los niños sanos y patológicos en la internación o encargarse de derivar al niño en la ambulancia cuando sea necesario (para efectuarle un procedimiento, aplicarle un medio de diagnóstico o ser atendido por un especialista en otro hospital), y por eso se ha llegado al extremo de que ningún servicio público donde haya pacientes recién nacidos internados pueda funcionar con menos de dos Neonatólogos por guardia.

En tal estado de atomización del sistema, la cantidad de personal que se requiere para atender a los recién nacidos críticos ha llevado a una crisis que alcanza inclusive a los establecimientos privados más sofisticados (7).

Los roles actuales que cumplen los Neonatólogos demandan una cantidad de especialistas que pocos o ningún sistema de salud puede sostener en el tiempo, y con resultados que están demostrando su magra relación costos-beneficios para la población.

Hoy parecería adecuado clasificar los embarazos según criterios de riesgo y priorizar las acciones del neonatólogo hacia aquellos pacientes que más se beneficiarían con este perfil formativo.

Se impone entonces el debate sobre si la recepción del recién nacido de bajo riesgo, los controles en internación conjunta y los controles ambulatorios del recién nacido sano no deberían ser competencia del pediatra y, en el caso de regiones que por sus características lo demanden, del médico de familia.

Para que ello ocurra, se debería realizar una amplia convocatoria que involucre a las sociedades científicas, a las autoridades gubernamentales y del ámbito académico, enriqueciendo la formación de estos especialistas en temas prevalentes de la atención neonatal.

Estas decisiones deberían complementarse con un sistema que ofrezca contención, consulta y posibilidad de derivación al neonatólogo, cuando resulte pertinente.

5.2.3. **Condiciones laborales de los Neonatólogos** en nuestro país.

Las características del modelo asistencial neonatal en nuestro país (estas ya fueron mencionadas con anterioridad al mencionar el rol del neonatólogo en Argentina), generan que a la presión asistencial en general, se sume la multiplicidad de funciones y responsabilidades.

Si bien no siempre existe simultaneidad en la necesidad de realizar intervenciones urgentes, las responsabilidades aditivas de la terapia intensiva, más los cuidados intermedios, los partos y cesáreas, las consultas en

internación conjunta, las consultas ambulatorias, implican un grado de tensión que podría considerar no deseable para un profesional de guardia.

Esto puede diferir según el tamaño de la institución, pero es una realidad presente en gran parte de las instituciones de nuestro país y se podría mejorar mediante la redefinición de roles planteada en párrafos anteriores (8).

5.3.2.1. Remuneración:

Resulta peligroso caer en el reduccionismo de que todo se soluciona exclusivamente con más dinero.

Es evidente que si existen diferentes honorarios ante tareas iguales, podría tratarse de una injusticia.

Pero suele omitirse, que igual remuneración ante tareas que demandan una formación diferenciada, actualización más costosa, riesgos asociados a los cuidados críticos y riesgos médico-legales aumentados, implica un marcado agravio comparativo.

Esta situación podría resultar disuasiva al momento de elegir la especialidad.

5.3.2.2 Modelo de atención basado en guardias:

Puede ir en gustos la elección del tipo de jornada laboral, pero no parecería sensato creer que una persona que tiene en sus manos decisiones vitales o acciones que requieren celeridad y precisión milimétrica, pueda responder con la misma eficacia recién descansada que luego de una guardia de 24 h.

No sería seguro para los pacientes y los médicos, trabajar en estas condiciones.

Este fenómeno ha sido reconocido por las compañías de seguros de responsabilidad profesional en algunos países desarrollados, que limitan la cobertura cuando se superan las 24 h de jornada laboral.

La duración de 24 h de la guardia (o la suma del horario de planta más la guardia) podría ser un hecho distorsivo de la vida familiar o personal al trabajar tantas horas continuas.

La alternativa de dejar de hacer guardias y quedar con las tareas de planta o de atención ambulatoria, a expensas de resignar parte de los honorarios, significaría la merma en sus ingresos, e impactaría en los haberes jubilatorios, que computan como valor solo los últimos 10 años de aportes.

5.3.1.3. El empleos múltiples:

Por la escasez de cargos con dedicación de tiempo completo, o por la necesidad de independizarse de las guardias como forma de sustento económico, o por la búsqueda de alternativas de un trabajo futuro más acorde con las necesidades personales y familiares, o por el mero hecho de generar ingresos mínimos necesarios, se suele apelar a múltiples fuentes laborales.

Se observa la paradoja de ciudades que tienen una adecuada cantidad de neonatólogos, pero no se cubren los cargos necesarios porque la mayor parte se dedica también a la pediatría ambulatoria.

5.3.2.3 Escasa representación gremial:

Uno de los problemas que pueden dar origen a la falta de especialistas es la inexistencia de actividad gremial sólida y representativa.

La negociación gremial puede anticipar el conflicto y plantearlo en una situación temprana y en un ámbito adecuado, marcando alternativas posibles.

Esto implica a veces convivir con cierto nivel de tensión o conflicto, pero también permite evitar situaciones mucho más graves.

5.3.1.4. Falta de reconocimientos por el trabajo en condiciones insalubres:

El trabajo en áreas cerradas, con alta complejidad, en contacto con aparatología con alarmas que emiten ruidos, el llantos de los neonatos, luces encendidas permanentemente, la manipulación de pacientes con

enfermedades infecto-contagiosas, en contacto con secreciones, sangre, y fluidos de los mismos, la exposición a la radiación de los equipos portátiles de RX, el trato diario con familiares de pacientes críticos, el stress en las emergencias y la tensión en la atención del neonato crítico podrían ser consideradas como tareas insalubres y ser reclamadas como tales.

La elevada presión asistencial, la modalidad de guardia sin libranza posterior, la necesidad de sobre-emplearse para tener una mínima posibilidad de progreso económico, ponen en riesgo a los pacientes, al verse expuestos a decisiones no siempre meditadas con el adecuado reposo o serenidad.

Este no es un problema del paciente, ni del médico, ni del equipo de salud. Es un problema de Salud Pública.

Una población atendida por una especialidad diezmada, sobre-exigida, inadecuadamente remunerada, o con condiciones laborales adversas, puede verse sometida a riesgos que eleven la morbimortalidad infantil o que al menos no contribuyan a su reducción.

Pueden existir riesgos personales para quien se obliga a convivir con el elevado nivel de estrés asociado a la terapia intensiva, al que se agrega el de las condiciones laborales adversas.

Por último están los riesgos asociados a la praxis médica, en un contexto de litigiosidad aumentada, no solo por cometer errores con irreparables costos para los pacientes, sus familias y el equipo de salud, sino por la marcada exposición a la que están expuestos quienes toman decisiones críticas en pacientes altamente vulnerables (8).

5.4. Causas de la falta de interés en la formación en Neonatología.

Con relación a las causas de la falta de interés en la formación post-básica en Neonatología, debemos decir, que nuestro país presenta desde hace muchos años dificultades para cubrir los cargos de terapia intensiva en general y neonatología en particular (no solamente a nivel estatal sino también a nivel privado) debido a la falta de interés en la formación por esta particular especialidad por parte de los médicos en formación.

Esta tendencia no es nueva, ni novedosa ante los ojos de quienes analizan la realidad de la salud de la República Argentina.

En 2008, el Consejo Federal de Salud ya había expresado su preocupación por la dificultad para incorporar residentes en algunas especialidades que consideró prioritarias: entre las que se encontraba la Neonatología. El problema en ese entonces fue analizado con los diferentes actores del ámbito de la formación y el trabajo del sector, y fueron identificados una serie de factores que influyen en la cobertura y gestión de las residencias y que podían ser las causas responsables de la falta de elección de determinadas especialidades:

5.4.1. Mercado formativo del grado y posgrado:

La formación de grado en Medicina, se ha extendido en los últimos años, ya sea a través de cursos de ingreso que duran un año, como por la práctica final obligatoria que se realiza con posterioridad a la aprobación de todas las materias y además no todos los estudiantes los completan en el tiempo mínimo.

Esto determina que el ingreso a la residencia se dé a edades más avanzadas. Los datos del registro de residentes nacionales de los últimos diez años muestran una edad promedio de ingreso a residencias básicas entre los 27 y 29 años, lo cual sumado a la duración de la residencia, retrasa la entrada al mercado de trabajo.

Por su parte, una de las características de las especialidades denominadas post-básicas es que demandan un prolongado tiempo de formación.

Son 7 años de carrera de medicina, más 2-5 años de especialización pediátrica y luego 2 o 3 años de especialización en neonatología. Estos tiempos pueden ser mayores si se ejercen jefaturas de residencia.

Esto implica que con los magros honorarios percibidos durante la formación, las posibilidades de realizar proyectos familiares y laborales son diferidas a una etapa de la vida que no siempre puede ser esperada.

5.4.2. Cambios demográficos en los estudiantes de ciencias de la salud:

El predominio femenino entre los estudiantes de medicina se viene incrementando en forma progresiva en los últimos años, lo que más adelante se traduce en una preponderancia de las mujeres entre los residentes de la mayoría de las especialidades priorizadas.

Siendo tradicionalmente un proceso formativo diseñado por varones y pensado para ser transitado por sus congéneres, la residencia plantea algunos inconvenientes para las mujeres.

Las prolongadas jornadas laborales, las guardias periódicas, los tratos diferenciales entre géneros y la duración del proceso formativo, son algunos elementos que muchas veces ponen a las mujeres en la disyuntiva de optar por realizar la residencia o una formación de posgrado alternativa, como la especialidad universitaria o la concurrencia.

No quiere decir que para los varones las cargas no sean similares, sino que en la etapa de la vida en que esta formación se realiza, las mujeres atraviesan decisiones de vida como la de encarar la maternidad, la cual para muchas de ellas resulta incompatible con la residencia.

5.4.3. Estructura formativa de la residencia y mercado laboral:

Por tratarse de un proceso de formación en el trabajo, la estructura formativa de la residencia tiene una fuerte impronta del mercado laboral y lo anticipa.

Un problema común es la falta de cobertura de algunas especialidades post-básicas como las subespecialidades pediátricas de área crítica, en una

estructura del mercado laboral que organiza el trabajo de estos especialistas con un régimen laboral de guardias de 24 horas.

Por otra parte, hay especialidades más jerarquizadas, tanto desde lo económico como desde el prestigio que conllevan, que son más requeridas.

En estos casos, las posibilidades de inserción laboral futura prevalecen sobre las condiciones de trabajo de las residencias (escasez de docentes, baja remuneración, cantidad de guardias): el profesional realiza la residencia apostando a la salida laboral futura.

En este contexto, en el año 2009 el Consejo Federal de Salud propuso intervenir sobre el proceso de formación de residencias, solicitando al Ministerio de Salud de la Nación que en el marco de su rol rector que: Incremente la oferta de cargos de residencias, Oriente el financiamiento a las especialidades priorizadas y Profundice el proceso de acreditación de las residencias.

El COFESA, acordó asignar el financiamiento nacional en forma prioritaria a las especialidades críticas y, las provincias asumieron el compromiso de suplementar el monto de las becas nacionales para estas especialidades, llevando la remuneración de los residentes a valores acordes a los salarios provinciales.

Con estas medidas, a partir de 2009 se incrementó sensiblemente la oferta de cargos de primer año, respetando las prioridades del COFESA y se planificó la cantidad de cargos que cada provincia aportaría de acuerdo a sus requerimientos y a su capacidad formadora. Pese a los esfuerzos realizados, por las condiciones laborales existentes, entre 2007 y 2013 se triplicó la falta de médicos formados en terapia intensiva (datos aportados por el Colegio Argentino de Terapia Intensiva), pero además quedaron vacantes varios de los cargos de residencia en neonatología (8).

La reducción del análisis a cuestiones de falta de vocación, solo agrava y distrae el problema.

La vocación debería ser estimulada desde el propio proceso formativo e incentivada por un sistema que reconozca las características intrínsecas de cada especialidad y se adapte a ellas, creando condiciones que compensen los riesgos y sobre exigencias de las áreas que resulten críticas" (8).

6. *Conclusión:*

Existe una distorsión entre lo que se gasta en salud y los resultados obtenidos.

La superposición de acciones en los diferentes subsistemas, la falta de coordinación entre sus instituciones, etc., generan un modelo sanitario costoso y exduyente, que abunda en inequidades, y con un grado de ineficiencia inaceptable.

Si bien es un tema que merece una discusión aparte, no podemos dejar de mencionar que el impacto que tienen estas falencias sobre la salud materno-infantil es enorme, y que un sistema de salud único, universal y con financiamiento equitativo podría ser la piedra angular para que cambie estructuralmente la atención sanitaria de nuestro país.

Es justo reconocer los esfuerzos de la actual Dirección de Maternidad e Infancia y del Consejo Federal de Salud para buscar alternativas dentro del modelo actual, pero no debemos perder de vista la necesidad de realizar cambios más profundos que permitan revertir esta situación.

La falla en la estructura de gestión de los fondos dirigidos a los servicios de salud termina generando en la población importantes inequidades en el acceso a los mismos.

La medición de la desigualdad en salud a través de la tasa de MI, nos sirve de herramienta para conocer las causas y poder actuar sobre ellas.

La mortalidad neonatal representa las 2/3 partes de la MI, siendo las causas perinatales el 50% de las mismas. Teniendo en cuenta el enorme peso que representa, las políticas de salud deben hacer foco sobre las causas que la generan:

Diseñando un sistema de salud coherente, organizado, bien planificado y adecuadamente financiado que solo acredite las unidades verdaderamente necesarias.

Redefiniendo el rol de los neonatólogos.

Mejorando las condiciones de trabajo de los especialistas y

Jerarquizando la tarea de los médicos que trabajan en la Terapia Intensiva para generar interés en la residencia de neonatología.

7. Recomendación:

PROPUESTAS PARA MODIFICAR ESTA SITUACIÓN.

En primer lugar, parece necesario dejar de tomar medidas aisladas y plantear nuevos paradigmas asistenciales.

Los cambios en la atención perinatal no deberían enfocarse desde perspectivas sectoriales, sino que deberían emplearse criterios de planificación estratégica que permitan el concierto de los diferentes subsectores al servicio de las necesidades reales de la población y a consideraciones de organización que rompan barreras administrativas y geográficas innecesarias.

Una coordinación administrativa superadora podría optimizar los recursos existentes y permitir una reorientación del sistema de atención médica hacia un modelo más eficaz.

A la regionalización geográfica deberíamos acompañarla de cambios en la modalidad de atención al servicio de ella.

La redefinición de los roles del pediatra y el neonatólogo son fundamentales para darle sustrato a este cambio y para esto se requiere una fuerte participación de las autoridades sanitarias, las sociedades científicas y los responsables académicos del proceso de formación de pediatras y neonatólogos.

El nacimiento de un niño sano es una oportunidad de intervención fundamental en la puericultura y los pediatras deberían participar activamente durante el mismo.

Los contenidos de los programas de las carreras de especialista, residencias y concurrencias, los requisitos para su ingreso, la duración del proceso formativo, el perfil profesional de cada especialidad, deberían ser replanteados y readecuados a la realidad actual.

En relación con las condiciones de trabajo, riesgos laborales y empleo múltiple, debería plantearse un marco regulatorio de los horarios, con tiempo dedicado a la formación, con reducción de carga horaria para áreas críticas y la recomendación explícita de no continuar la jornada laboral luego de la guardia.

Es imprescindible debatir sobre la modalidad de guardias de 24 h.

El reconocimiento de las necesidades de descanso de quienes se desempeñan en áreas de cuidados intensivos debería contemplar períodos de vacaciones suficientes en cantidad, frecuencia y remuneración, a los fines de prevenir el desgaste profesional (burnout).

Con respecto al régimen jubilatorio, podría implementarse una categoría de excepción a los que realizan guardias, ya sea anticipando la edad jubilatoria en general, o bien establecer una jubilación parcial a una edad razonable, de las tareas de guardia.

Esto permitiría seguir activo para las tareas de planta y docencia, y también dejar de hacer guardias a edades no recomendables.

Se deberían estimular los nombramientos de planta, con estabilidad, de modo que además de contar con trabajos de mayor calidad, se le brinde al paciente la posibilidad de contar con mayor coherencia en el tratamiento que con el modelo de médicos de guardia de 24 h semanales.

Para ello, se debería contar con mayor compromiso institucional, requiriendo por parte del Estado, que se realicen concursos regulares y se eviten demoras

administrativas en la designación de los recursos humanos escasos, que reflejan una problemática de gran relevancia sanitaria.

Como conclusión final: Intervenir en los temas Neonatales y, mejorar la forma de trabajo de los profesionales de la salud, es la inversión que un estado, atento a la problemática de su Mortalidad Infantil, debiera tener como prioridad.

La falta de especialistas de áreas críticas es un problema que nos afecta a todos.

Los legisladores de las comisiones de salud de las diferentes cámaras, los responsables del sistema previsional, los ministros o secretarios de salud de las diferentes regiones, las sociedades científicas, universidades, etc., tienen en sus manos la posibilidad de aportar respuestas a estos problemas y la comunidad médica tiene la responsabilidad de debatir y proponer alternativas superadoras para lograr un modelo de atención más eficiente y equitativo.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD/ ESTADISTICAS VITALES / ESTADISTICAS VITALES–AÑO 2010.
- 2) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS CON ARGENTINA 2012-2016.
- 3) INFORME ELABORADO PARA EL OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD –MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN POR LA DRA. ISABEL DURÉ, LA DRA. DANIELA DAVERIO Y LA LIC. CAROLINA DURSI . 2013. PAGINA 4.
- 4) FACULTAD DE CIENCIAS BIOQUIMICAS Y FARMACEUTICAS. TITULO DEL TRABAJO: MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA. AUTOR: EVANGELINA MALACALZA. 26 DE MARZO 2009.
- 5) ENFERMERÍA NEONATAL. AÑO 001 | NÚMERO 004 | OCTUBRE 2008. MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL. DRA. CELIA LOMUTO.
- 6) MINISTERIO DE SALUD/MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN EN RESIDENCIAS MÉDICAS/ ESPECIALIDAD NEONATOLOGÍA /OCTUBRE 2012.

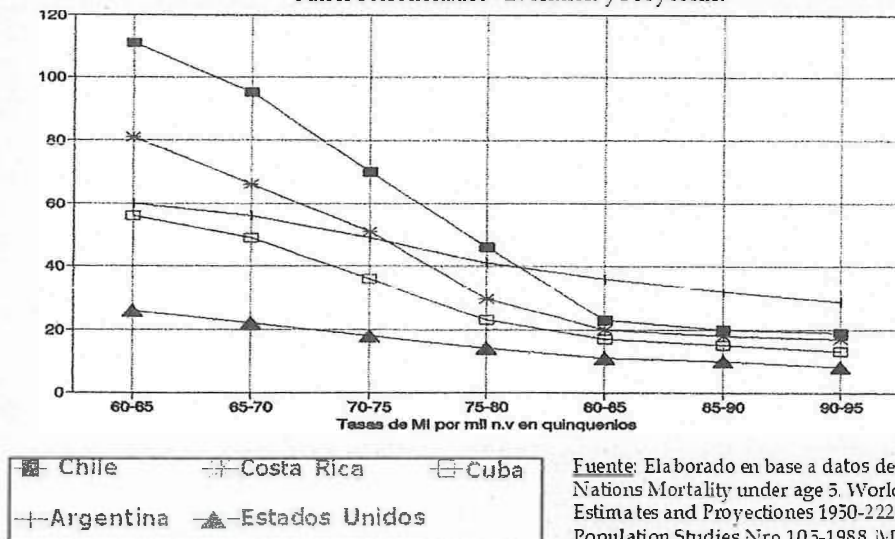
- 7) REGIONALIZACIÓN PERINATAL CLAP/SMR – OPS/OMS MAYO 2010.
- 8) ARCH. ARGENT. PEDIATR/ VOL.110 NO.5/ BUENOS AIRES OCT. 2012.

Gráficos.1

Conocer para actuar

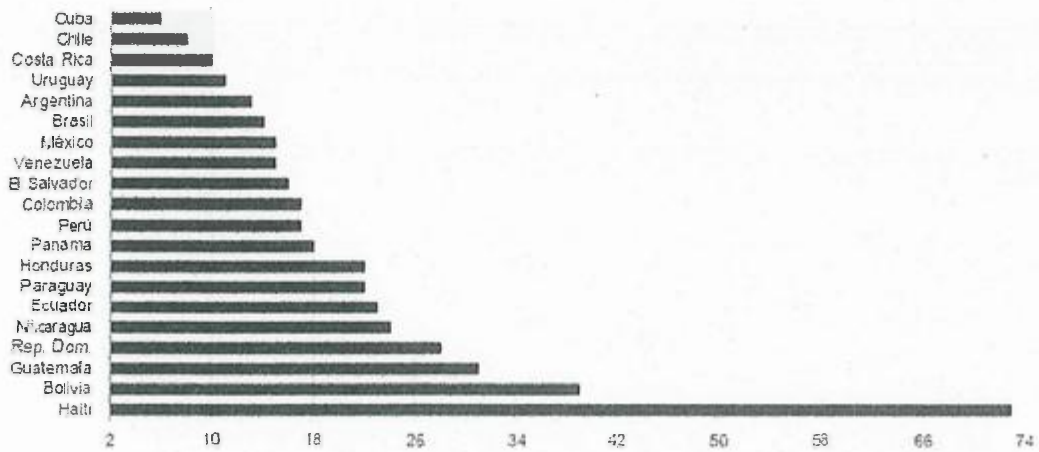
Mortalidad infantil

Velocidad de descenso en 3 décadas
 Países Seleccionados - Evolución y Proyección



Gráficos. 2

Mortalidad infantil cada 1.000 nacimientos vivos

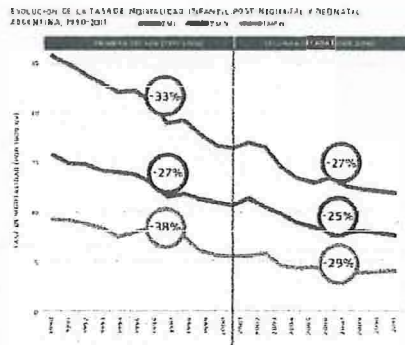
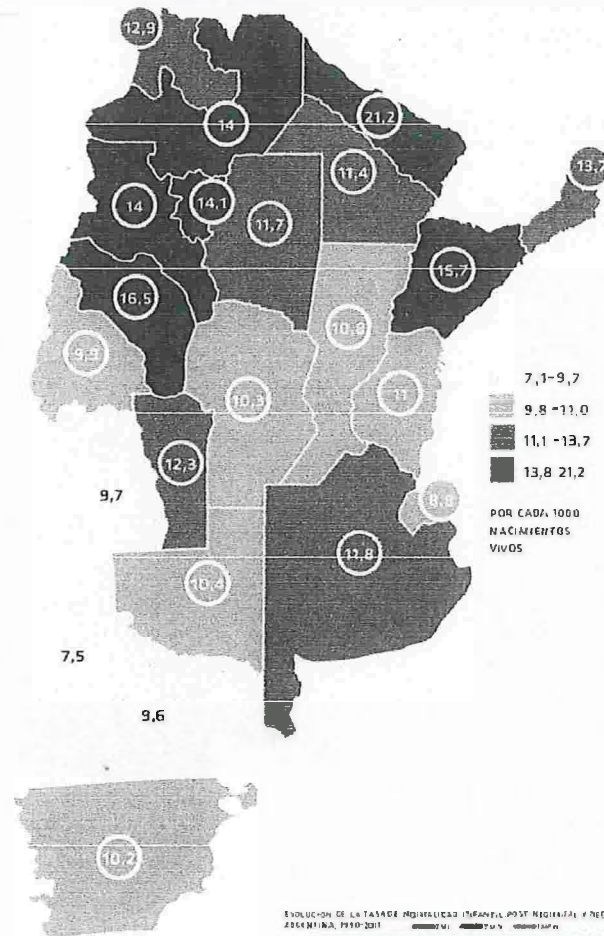


Fuente: Infobae con datos de la OMS

Gráficos. 3

LOS DATOS, PROVINCIA POR PROVINCIA

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 2011



Fuente: UNICEF

TIEMPO ARGENTINO

