

Sandra Tirado: “En 2019, se volvió a priorizar la recuperación de las políticas públicas y el fortalecimiento de la atención de la salud perinatal”

La secretaria de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación explicó las múltiples causas que permitieron retomar la senda hacia la baja de la mortalidad en niños y subraya la importancia de políticas consensuadas por todas las jurisdicciones

En la última década la tasa de mortalidad infantil descendió 27,9%, y luego del aumento evidenciado en 2019, en los últimos dos años, se constata una recuperación en la tendencia decreciente con un descenso de 12,9%. La evolución de esta tasa recupera la tendencia al descenso interrumpida en 2016 (en que no hubo un descenso en este indicador) y en 2019 (donde inclusive, se llegó a registrar un incremento), recuperando el comportamiento histórico de descenso que es el resultado de políticas públicas no sólo en el ámbito de la salud, sino también en el de sus determinantes. Así lo describe Sandra Tirado, secretaria de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, que explicó las múltiples causas que permitieron bajar la mortalidad en niños.

—¿Cuáles son los factores que inciden en la TMI?

—Existe un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la mortalidad infantil y que pueden ser de carácter biológicos, demográficos, socioeconómicos,

nutricionales, culturales, ambientales, de estilos de vida, de atención de la salud y geográficos. En el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las distintas exposiciones a determinantes sociales “estructurales” (contexto social y político, posición económica, diferencias en educación, estado profesional, sexo o grupo étnico, etc.) e “intermedios” (condiciones materiales de vida, situación laboral y de vivienda, circunstancias psicosociales, conductuales, exposición a factores de riesgo, incluido el sistema de salud en sí mismo) impactarán de manera diferencial en la salud, en la calidad de vida y en el riesgo de morir. En este sentido, resulta indispensable señalar la recuperación del rol rector del Ministerio de Salud de la Nación a partir de diciembre del año 2019, que volvió a priorizar la recuperación de las políticas públicas y en ese contexto, el fortalecimiento de la atención de la salud perinatal, la articulación con las jurisdicciones, la cooperación técnica, la capacitación de los



equipos y la provisión de medicamentos, insumos y equipamientos esenciales para garantizar la calidad y el acceso a la atención.

–¿Qué acciones se tomaron para que ese índice mejorara?

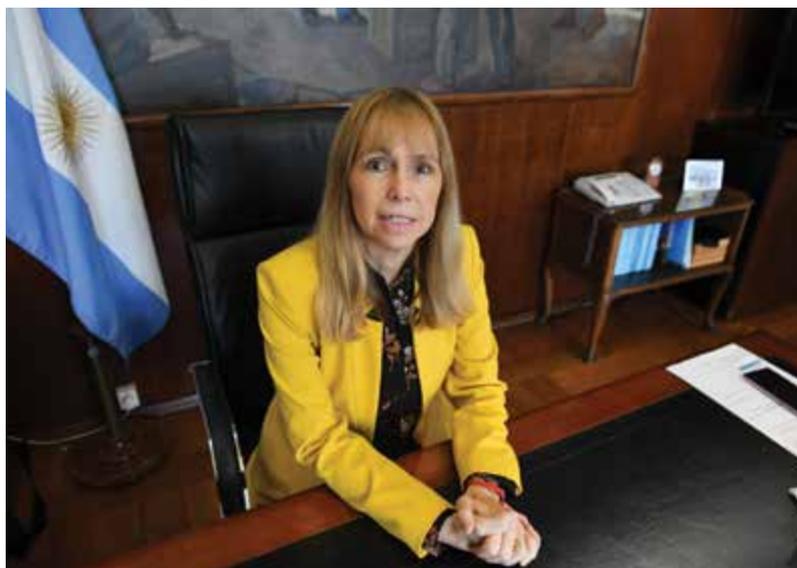
–Entre las principales estrategias para reducir las defunciones infantiles se pueden enumerar la Ley 27.611, Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, conocida como la Ley 1.000 días, sancionada en diciembre del año 2020 y que tiene entre sus objetivos disminuir la mortalidad en personas gestantes y en menores de 3 años, pero además pone el foco en el cuidado integral de la salud, favoreciendo el inicio y el sostenimiento de la lactancia, acompañando la incorporación de alimentos para promover una alimentación adecuada y favoreciendo el acceso a nutrientes esenciales, protegiendo y estimulando los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional; y previniendo las violencias. Se fortaleció también el se-

“Entre las principales estrategias para reducir las defunciones infantiles se encuentra la Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, conocida como la Ley 1.000 días”

guimiento del embarazo, el diagnóstico prenatal para determinar el riesgo durante la gestación y atender el nacimiento según el nivel de complejidad que se requiera; se promovieron las maternidades seguras y centradas en la familia, con el objetivo de garantizar el nacimiento de todas las niñas y niños en instituciones de salud; y se dio la plena implementación de la Ley de Parto Respetado para sostener los altos índices de parto institucional. Además, se avanzó en la regionalización de la atención perinatal que garantiza la realización de los partos en los efectores de salud adecuados y según el nivel de complejidad de atención necesario, tanto para la persona gestante como para el recién nacido. Se desarrolló una política integral de la prematuridad, que centra los esfuerzos y los cuidados en la identificación de los riesgos socio-sanitarios y ambientales desde el momento de la concepción. Y hay que agregar los programas de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo, el de Cardiopatías Congénitas, el de Salud Respiratoria, como la universalización del cumplimiento del plan de vacunas y la promoción de la lactancia humana. Son una “batería” de acciones que nos permiten alcanzar el objetivo trazado.

–¿Cuál fue el impacto durante la pandemia, en relación con la tendencia a no concurrir a los centros de salud por temor a la vulnerabilidad de los menores?

–La pandemia y el retraimiento de la comunidad, y su alejamiento del sistema de salud ante la ausencia de signos de enfermedad ha repercutido sobre todo en



“La continuidad del descenso de la Tasa de Mortalidad Infantil exige la sustentabilidad de las políticas públicas construidas, consolidadas, consensuadas y aceptadas por todas las jurisdicciones”

términos de acceso a controles de salud. Estas situaciones ya se encuentran en vías de recuperación, pero afortunadamente no parecen haber tenido impacto en la mortalidad infantil. Señalamos al respecto que, de las 4.238 defunciones infantiles registradas en el año 2021, 3.029 ocurrieron los primeros 27 días y 2.160 durante los primeros 6 días de vida. Más del 99% de los partos en nuestro país son institucionales y esta situación no se ha visto afectada por la pandemia. Los partos siguieron siendo en instituciones de salud. Y el 71,5% de las muertes infantiles que ocurren en el primer mes de vida, así como el 51% de estas muertes que ocurren en la primera semana de vida, están relacionadas a la capacidad de respuesta de los servicios de salud y no del acercamiento a los controles de salud posteriores. En cuanto a la estructura de causas de muerte durante el primer año de vida, 53,3% corresponden a afecciones perinatales, 29,5% a malformaciones congénitas, 4,5% corresponden a defunciones infantiles con causa básica mal definida, 3,4% a enfermedades respiratorias, 3% enfermedades infecciosas y parasitarias, 2% causas externas y 4,3% el resto de las causas.

–¿Qué tipo de causas pueden determinar una muerte infantil?

–La influencia de los determinantes difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos vinculados con las condiciones congénitas y con la oportunidad y calidad de la atención de la salud (desde el cuidado de la salud de la

persona gestante, los controles del embarazo, la identificación del riesgo de parto prematuro, atención del parto y de la persona recién nacida, sobre todo durante los primeros días de vida, es decir el sistema de salud). En la mortalidad posneonatal tienen mayor impacto sobre la salud de las niñas y los niños, las condiciones y circunstancias en las que se desarrollan (principalmente socioeconómicas, ambientales, psicosociales y conductuales). Por todo esto, para lograr resultados de impacto sostenible en la mortalidad infantil, resulta imprescindible la integración de todos los sectores, y la Ley de los 1.000 días viene a dar una respuesta desde la interdisciplina y la confluencia de los esfuerzos de cada sector, organismo, ministerio y de cada efector, tanto de salud, educación, desarrollo, sea a nivel nacional, provincial y local.

–Otro dato importante es que se pudo achicar la brecha entre las provincias ¿qué factores contribuyeron para ello?

–En 2020 el rango registrado fue de 4,9 a 16,4 por mil (11,5 puntos de diferencia), mientras en 2021 el rango registrado fue entre 4,6 y 11,6 por mil (7 puntos de diferencia). Adicionalmente, mientras en 2020 cinco provincias registraron tasas de mortalidad por encima de los dos dígitos (más de 10), en 2021 fueron cuatro las provincias que presentan valores por encima de 10 por mil. Para disminuir las brechas, el Ministerio de Salud de la Nación tiene como política acompañar y fortalecer a los equipos jurisdiccionales para garantizar la

calidad y el acceso a la atención, haciendo foco en las jurisdicciones con indicadores menos favorables, articulando la implementación de las políticas sanitarias junto con las jurisdicciones, la cooperación técnica, la capacitación de los equipos y la provisión de medicamentos, insumos y equipamientos esenciales.

–¿Con qué herramientas cuenta el Estado para hacer frente a los nuevos desafíos?

–El mayor desafío en estos momentos radica en la necesidad de la recuperación y convocatoria de talento humano, específico y calificado, para estos cuidados esenciales. Resulta indispensable recuperar la jerarquización social, la valoración, que se traduzca en una mejora sustantiva en términos de salarios y condiciones de trabajo para todo el personal de salud, pero que resulta crítico particularmente en estas especialidades de neonatología o terapia intensiva pediátrica. Asimismo, es importante destacar la importancia de los determinantes en estas etapas de la vida y por ello, además del fortalecimiento del sistema de salud, la mirada que propone la Ley 1.000 días evidencia la

necesidad del abordaje integral, interdisciplinario de la salud y sus determinantes.

La continuidad del descenso de la Tasa de Mortalidad Infantil exige la sustentabilidad de las políticas públicas construidas, consolidadas, consensuadas y aceptadas por todas las jurisdicciones. En este sentido, la Ley 1.000 días reglamentada en agosto de 2021 exige la integración de las políticas de todos los sectores involucrados. Además, esta Ley incorpora los ejes prosperar (mejorar calidad de vida) y transformar (erradicar violencias) a las políticas sanitarias en el cuidado de la niñez. Para ello señala la importancia de la prevención de la malnutrición y la desnutrición, de proteger y estimular los vínculos tempranos, proteger y estimular el desarrollo físico y emocional, atender la salud de manera integral y prevenir las violencias. Hay que sostener las políticas de ingresos (que incluyen las asignaciones por embarazo, nacimiento, adopción, cuidado de salud integral y complemento alimentario), de identidad (con el avance para la certificación digital de los hechos vitales, el sistema de alerta temprana, exención de tasas y la inscripción tardía de nacimientos sin límite de edad por vía administrativa), y de cuidado de la salud integral. 

Contención Seguridad Compromiso Equidad

- Brindamos atención a **12.625 beneficiarios/as** del interior del país derivados de OSECAC.
- Realizamos un total de **158.599 cirugías, atenciones por guardia y prácticas médicas** en el último año.
- Llevamos a cabo **94.402 prácticas ambulatorias** en los últimos 12 meses.
- Atendemos a **50.926 beneficiarios/as por guardia**.
- Disponemos de servicio de hemodinamia y unidad coronaria con **cirugías cardiovasculares que poseen tecnología necesaria para la realización de trasplantes**.
- Contamos con **guardia clínica de adultos y pediátricos y de traumatología** para adultos durante las 24 horas.



Enterate de todas nuestras novedades

