Arch Argent Pediatr. 2026;124(4):e202611015

Repensar la perinatología

Norma E. Rossato[1]

El avance del conocimiento en diversas áreas tuvo como resultado natural y necesario el surgimiento de nuevas especialidades médicas. Así ocurrió con la obstetricia a fines del siglo XIX, la pediatría a principios del siglo XX y, finalmente, la neonatología y la medicina fetal a mediados del mismo siglo. Detrás de cada uno de estos avances se encuentra la figura de alguien que luchó en su tiempo contra los prejuicios, cuestionó usos y costumbres arraigados y buscó siempre saber más para mejorar la atención en su campo de acción. En este número de *Archivos* se rinde homenaje al Dr. John William Ballantyne, destacado por sus conocimientos de fisiología del embarazo y del feto, y por su énfasis en la importancia de la capacitación para una atención prenatal y del parto óptimas.[1]

La transición de la atención pediátrica a la de adultos, en adolescentes con condiciones crónicas, es un proceso complejo que debe ser planificado en forma interdisciplinaria y gradual para asegurar la mejor calidad de vida de esas personas. De manera similar, aunque con matices diferentes dados por la urgencia y la magnitud de las consecuencias, ocurre la transición de la atención prenatal a la neonatal.

El equipo de medicina fetal intenta lograr el mejor desarrollo intrauterino posible del bebé. En ocasiones, los resultados son óptimos y requieren cuidados mínimos luego del nacimiento. Sin embargo, otras veces la complejidad de la patología perinatal exige que el parto se produzca de forma anticipada y que el recién nacido sea atendido con la máxima complejidad. La elección del centro de salud, con los recursos técnicos y humanos adecuados, es lo que marca la diferencia en los índices de morbimortalidad neonatal.

El término “perinatología” surgió por iniciativa del Dr. Roberto Caldeyro Barcia para definir la disciplina médica que integra el cuidado prenatal, del nacimiento y del período neonatal.

Los estudios desarrollados por este pionero sobre los efectos de las contracciones uterinas en la frecuencia cardíaca fetal, el concepto de sufrimiento fetal y la posibilidad de efectuar una reanimación intrauterina convocaron a obstetras y pediatras a trabajar en equipo en beneficio de la salud materna y fetal.

Cuando comenzó a registrar el efecto de las contracciones uterinas sobre la frecuencia cardíaca fetal, en 1947, la tasa de mortalidad infantil en Latinoamérica oscilaba entre el 35 y el 100 por 1000 nacidos vivos en las zonas metropolitanas y entre el 50 y el 170 por 1000 nacidos vivos en las zonas rurales, según datos

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11015
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11015.eng

Cómo citar: Rossato NE. Repensar la perinatología. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(4):e202611015.

[1] *Servicio de Neonatología, Sanatorio de la Trinidad Palermo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

Correspondencia para *Norma E. Rossato: nerossato@gmail.com*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

de la CEPAL. Años más tarde, la creación del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en Montevideo, impulsada por él junto con Bernardo Houssay y Abraham Horwitz, en 1970, contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. El CLAP fue un hito en el desarrollo de la perinatología: primero en la capacitación de profesionales y luego en el desarrollo de políticas de salud dirigidas a mejorar de forma global la atención perinatal en la región. En octubre de 2024 se decidió el cierre de este centro y la transferencia de sus funciones a la sede de la OPS en Washington D. C.[2]

Desde esta mirada histórica se comprende mejor el escenario actual de la perinatología y los desafíos que enfrenta en el presente.

Hemos recorrido un arduo camino ascendente que incluyó el desarrollo de las especialidades de obstetricia y neonatología, la formación de equipos multidisciplinarios para trabajar de forma coordinada durante el embarazo, en condiciones especiales, y la creación de unidades de alta complejidad para la atención del prematuro extremo.

Ahora nos toca ser espectadores de la caída de la natalidad[3] en todo el mundo, de la falta de interés de las nuevas generaciones de profesionales por optar por especialidades de alta complejidad,[4] de los elevados costos institucionales de dichas unidades y de la reivindicación del parto natural sin discernir cuándo es posible y cuándo no.[5]

La resiliencia, esa capacidad de adaptarse a nuevos escenarios, llevó a repensar la atención obstétrica y neonatal en el parto normal, de término y de bajo riesgo. Existe un rol para licenciados en obstetricia y enfermería perinatal que aún no está suficientemente definido ni valorado.[6]

Sin duda, el primer mes de vida es un período de transición sumamente importante y requiere capacitación en la detección y el tratamiento, durante el parto o en el período neonatal, de condiciones fisiológicas (dificultades con la lactancia, hiperbilirrubinemia leve a moderada) y patológicas (hiperbilirrubinemia moderada a grave, deshidratación hipernatrémica, patologías congénitas o adquiridas). Los médicos pediatras pueden asumir este período, con el acompañamiento de especialistas en neonatología.

La regionalización sería la respuesta lógica para la optimización de los recursos, hoy distribuidos en múltiples unidades neonatales con un caudal de trabajo cada vez menor (y, por lo tanto, con menor experiencia en el manejo de los casos más complejos).[7]

Con respecto al parto natural, los criterios de adecuación del lugar de nacimiento son claros. Existen distintos modelos de partos domiciliarios, pero todos requieren ausencia de patología perinatal, cercanía a un centro de mayor complejidad, disponibilidad de un medio de transporte en el lugar, asistencia por un profesional capacitado para la reanimación neonatal y coordinación con el equipo profesional que eventualmente pueda recibir a la madre y al niño.[5]

Al margen de todos estos cambios, hay valores adquiridos que mantienen su absoluta vigencia: la necesidad de capacitarse en cada rama de la salud humana, el modelo de maternidad segura y centrada en la familia, con enfoque intercultural, en el que el equipo profesional acompaña, evalúa e interviene cuando es necesario,[8] y el uso responsable de los recursos para la salud.

Con estas pautas será necesario definir la estructura del sistema de salud, la cantidad de profesionales capacitados en cada especialidad y el trabajo en equipo interdisciplinario y en redes, todo dentro de los parámetros de una política de salud pública equitativa. ■

REFERENCIAS

1. Kutzsche S. John William Ballantyne: A Pioneer Who Forged the Future of Maternal, Fetal and Child Health. *Arch Argent Pediatr*. 2026;124(4):e10963.
2. Zárate A, Manuel-Apolinar L, Hernández-Valencia M. Un tributo a Roberto Caldeyro-Barcia, considerado el pionero de la Perinatología. *Perinatol Reprod Hum*. 2017;31(1):39-43. doi: https://doi.org/10.1016/j.rprh.2017.10.012
3. Argentina. Dirección Nacional de Población. Natalidad y educación en Argentina. Perspectivas a futuro. Marzo 2025. [Consulta: 21 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Natalidad+y+educaci%C3%B3n+en+la+Argentina+Direcci%C3%B3n+Nacional+de+Poblaci%C3%B3n&rlz=1C1GCEA_enAR953AR953&oq=Natalidad+y+educaci%C3%B3n+en+la+Argentina+Direcci%C3%B3n+Nacional+de+Poblaci%C3%B3n&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCjE4MDUwajBqMTWoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
4. Argentina. Ministerio de Salud. Finalizó el proceso de toma de cargos de residentes 2025. [Consulta: 21 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/noticias/finalizo-el-proceso-de-toma-de-cargos-de-residentes-2025
5. Watterberg K, AAP COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Providing Care for Infants Born at Home. *Pediatrics*. 2020;145(5):e20200626. doi: 10.1542/peds.2020-0626.
6. Universidad de Buenos Aires. Ciencias Médicas. Licenciatura en Obstetricia. [Consulta: 29 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.fmed.uba.ar/carreras/

licenciatura-en-obstetricia/incumbencias-profesionales-y-funciones-del-graduado
7. Regionalización de la atención perinatal en la Argentina: barreras, experiencias y avances en el proceso de regionalización perinatal. Ciudad de Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2018. [Consulta: 29 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001280cnt-regionalizacion-2018.pdf
8. Larguía AM, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Bianculli P, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural. Un nuevo modelo integrado. 2º ed. Ciudad de Buenos Aires: UNICEF. 2012. [Consulta: 29 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/mscf.pdf