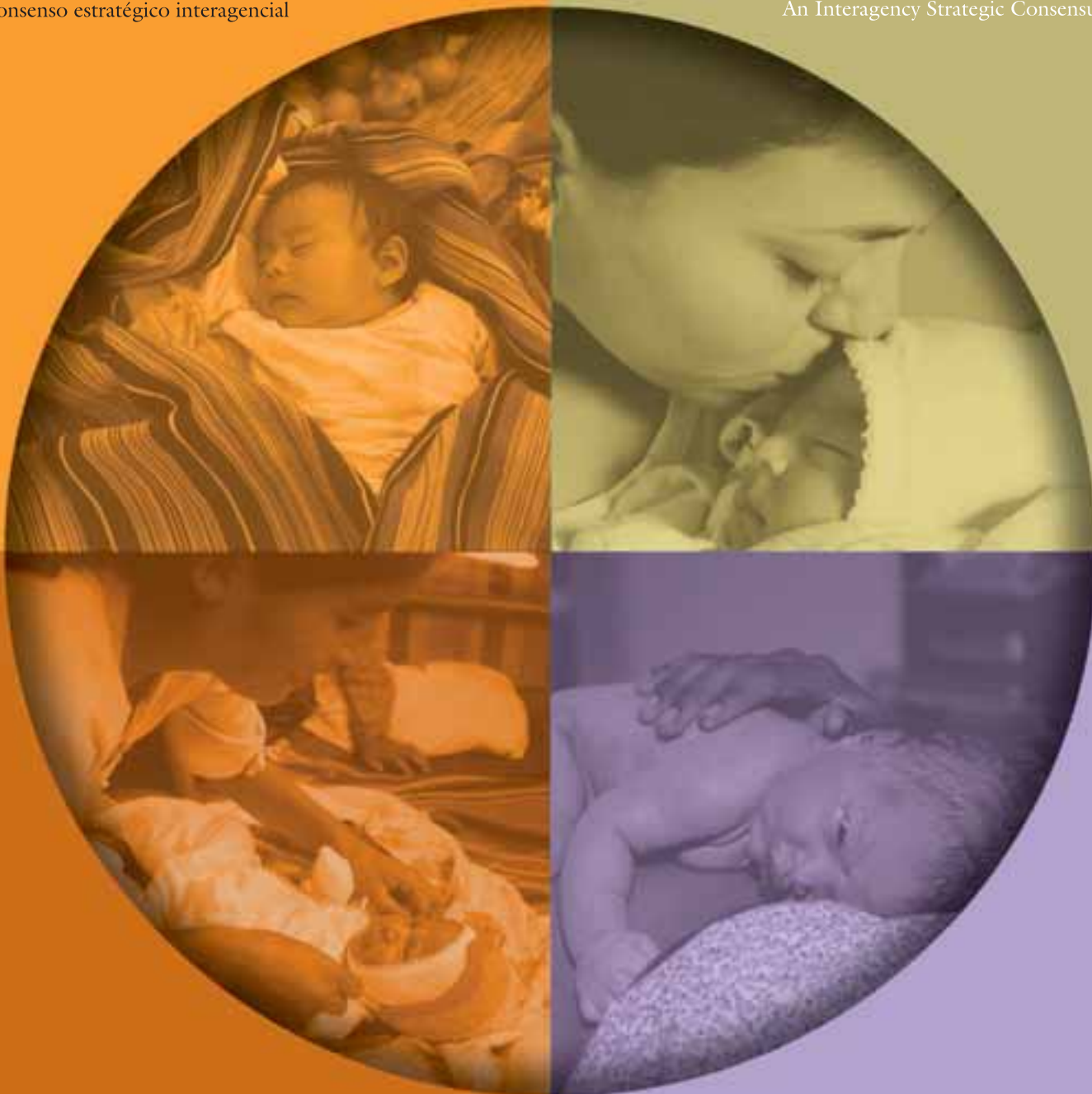


Reducción de la Mortalidad y  
Morbilidad Neonatal  
en América Latina y El Caribe

Un consenso estratégico interagencial

Reducing Neonatal Mortality and  
Morbidity in Latin  
America and The Caribbean

An Interagency Strategic Consensus



Redução da Mortalidade e da  
Morbidade Neonatal na  
América Latina e Caribe

Um consenso estratégico interinstitucional

Réduire la Mortalité et la Morbidité  
Néonatale en Amérique  
Latine et dans Les Caraïbes

Un Consensus Stratégique Interagences

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo económico proporcionado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) División de América Latina según los términos estipulados en la subvención de ACCESS No. GHS-A-00-04-00002-00 y con apoyo económico proporcionado por USAID's División de América Latina a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) según los términos estipulados en la subvención No. LAC-G-00-04-00002-00 y con apoyo económico proporcionado por USAID's División de América Latina según los términos estipulados en el contrato de BASICS No. GHA-I-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en este documento pertenecen al **Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal** y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID.

## Agradecimiento

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de todas las agencias miembros del *Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal*. Incluyendo: la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de Los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ACCESS, BASICS, CORE Group y la Iniciativa Salvando la Vida de las y los Recién Nacidos (SNL)/Save the Children/USA.

Agradecemos a las siguientes personas del Grupo de Trabajo Interagencial:

<b>PAHO:</b>	Yehuda Benguigui, Ricardo Fescina, Virginia Camacho
<b>UNICEF:</b>	Oswaldo Legón, Judith Standley, Nancy Terreri
<b>USAID:</b>	Peg Marshall
<b>ACCESS:</b>	Pat Daly, Maria Mayzel
<b>BASICS:</b>	Indira Narayanan, Diana Silimperi, Goldy Mazia
<b>CORE Group:</b>	Lynette Walker, Lisa Bowen (Plan USA), Alfonso Rosales (CCF)
<b>Save the Children:</b>	Bertha Pooley, Elizabeth Bocaletti (ACCESS/SNL)

Agradecemos a los funcionarios de los Ministerios de Salud de los siguientes países que contribuyeron al desarrollo del *Consenso Estratégico Interagencial de Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe*:

<b>Bolivia</b>	<b>Haití</b>
<b>Brasil</b>	<b>Honduras</b>
<b>Colombia</b>	<b>Nicaragua</b>
<b>Cuba</b>	<b>Paraguay</b>
<b>Ecuador</b>	<b>Perú</b>
<b>El Salvador</b>	<b>República Dominicana</b>
<b>Guatemala</b>	<b>Venezuela</b>
<b>Guyana</b>	

Para la elaboración de este documento se contó con la contribución de los participantes al *Taller Regional: Promoviendo la Salud Neonatal en Latino América y el Caribe*, así como valiosos aportes de otros profesionales, dentro de ellos:

Abraham Salinas	OPS, residente, programa Fulbright	Luis Ricardo Henríquez	Sociedad Pediátrica, El Salvador
Alejandra Villafuerte	PROCOSI, Bolivia	Luis Seoane	OPS, Guyana
Alejandro Silva	Ministerio de Salud, Guatemala	Luz Elena Monsalve	Ministerio de Salud, Colombia
Alfonso Rosales	CORE group, regional	Lydia Fraser	Cruz Roja, Guyana
Ana Cecilia Sucupira	Ministerio de Salud, Brasil	Magda Palacios	OPS, Colombia
Ana Garces	Consultora, Guatemala	Marcia Ramírez	Ministerio de Salud, Bolivia
Ana Maria Cavalcante e Silva	Secretaria de Salud, Brasil	Maria del Pilar Rodríguez	UNICEF, Colombia
Andrés Morilla Guzmán	Grupo nacional de neonatología, Cuba	Mariano Cáceres	Ministerio de Salud, Nicaragua
Ángel Coca	USAID, Honduras	Mario Tavera	UNICEF, Perú
Annie Portela	OMS, global	Maritza Romero	OPS, El Salvador
Bertha Pooley	ACCESS /Save the Children, Bolivia	Martha Mejia	OPS, Bolivia
Betzabe Butron	OPS, CLAP/SMR, regional	Melanie Swan	Plan, regional
Byron Arana González	Asociación de Perinatología, Guatemala	Mercedes Portillo	Ministerio de Salud, Paraguay
Carlos Gril	OPS, Haití	Miguel Guevara	Ministerio de Salud, Nicaragua
Carlos Parr	Intervida, El Salvador	Mohammed Hamid	UNICEF, Guyana
Carlos Quan	URC, Guatemala	Naomi Brill	BASICS, global
Cecilia Santana	Ministerio de Salud, Cuba	Nelson Arns	Pastoral de Crianza, Brasil
Chantal Baril Targete	Hospital Universitario, Haití	Nelson Diniz de Oliveira	Escuela Superior de Ciencias de la Salud, Brasil
Consuelo Mendoza	Ministerio de Salud, Republica Dominicana	Odalys Rodríguez	UNICEF, Cuba
Daniel Frade	OPS, Guatemala	Oscar Gonzales	PROCOSI, Bolivia
David Shanklin	USAID, Bolivia	Oscar Merlo Faella	Hospital Nacional Itaugua, Paraguay
Dilberth Cordero	BASICS, regional	Oscar Suriel	OPS, Republica Dominicana
Elizabeth Bocaletti	ACCESS / Save the Children, regional	Oswaldo Legón	UNICEF, TACRO, regional
Eric Baranick	Cruz Roja, regional	Pat Daly	ACCESS, global
Fernando Amado	OPS, Bolivia	Patric Delorme	UNICEF, Haití
Fidel Arévalo	USAID, Guatemala	Pedro Marte	Hospital Materno, Republica Dominicana
Gerardo Cabrera-Meza	Hospital de Niños de Texas, regional	Peg Marshall	USAID LAC bureau, global
Gerardo Martínez	OPS, CLAP/SMR, regional	Pushpa Panadam	La Liga de la Lecha, Paraguay
Gina Tambini	OPS, regional	Quintín Hernández	Ministerio de Salud, Honduras
Guillermo Frías	CARE, Perú	Rachel Kaufman	OPS, regional
Héctor Pereyra	Pathfinder, Perú	Rajiv Bahl	OMS, global
Indira Narayanan	BASICS, global	Ramiro Rojas Arispe	Neonatólogo, Bolivia
Isabel Chaw Ortega	Ministerio de Salud, Perú	Rejane Silva Cavalcante	Facultad de Medicina UEPA, Brasil
Ivonne Gómez Pasquier	Proyecto Garantía de Calidad, Nicaragua	Ricardo Fescina	OPS, CLAP/SMR, regional
Janice Woolford	Ministerio de Salud, Guyana	Reynaldo Aguilar	OPS, Nicaragua
Javier Espindola	OPS, Paraguay	Roberto Cisneros	CARITAS, Nicaragua
Jean-Claude Beneche	Hospital Dame-Marie, Haiti	Roberto Zea López	Plan, Guatemala
Jorge Roberto Cruz González	Ministerio de Salud, El Salvador	Rolando Cerezo	OPS, Guatemala
José Luis Díaz Rossello	OPS, CLAP/SMR, regional	Rolando Figueroa	CRS, regional
Juan Carlos Reyes	Ministerio de Salud, Guatemala	Soledad Pérez	OPS, Venezuela
Judith Standley	UNICEF, global	Sonia Noriega	UNICEF, Venezuela
Lenin León	Hospital Isidro Ayora, Ecuador	Virginia Camacho	OPS, CLAP/SMR, regional
Lisa Bowen	CORE group/Plan, global	Victoria Vivas de Alvarado	Manoff Group, Bolivia
Luis Amándola	OPS, Honduras	Walter Torres	Ministerio de Salud, Ecuador
Luis Codina	OPS, Ecuador	Yehuda Benguigui	OPS, regional

# Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe

UN CONSENSO ESTRATÉGICO INTERINSTITUCIONAL

## Índice

Abreviaturas	2
Resumen	3
1. Introducción	5
2. Contexto e iniciativas de apoyo	7
2.1 Estrategias mundiales	7
2.2 Estrategias regionales	7
2.3 Mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe	9
2.4 Causas de la mortalidad neonatal	9
2.5 Factores maternos que afectan la salud neonatal	10
3. Lecciones aprendidas y el contexto de América Latina y el Caribe	11
3.1 Reforma de los sistemas sanitarios	11
3.2 Proceso continuo de atención	11
3.3 Prestación de atención médica al recién nacido	12
3.4 Atención y acceso a la asistencia calificada del parto	14
3.5 Atención comunitaria	15
3.6 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia	15
3.7 Inmunización	16
3.8 Micronutrientes	16
3.9 Lactancia materna	16
3.10 Transmisión maternoinfantil del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	17
3.11 Vigilancia	17
4. Estrategia regional interinstitucional para reducir la mortalidad neonatal	18
A. Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal	18
B. Fortalecer los sistemas de salud para mejorar el acceso a los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño	20
C. Promover las intervenciones comunitarias	25
D. Desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación	27
5. Implicaciones financieras	30
6. Próximos pasos	31
Apéndice 1	32
Apéndice 2	33
Referencias	34

## Abreviaturas

USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
ALC	América Latina y el Caribe
COE	Cuidado Obstétrico Esencial
CONE	Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
MADLAC	Monitoreo del apoyo directo a la lactancia materna
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PTVMN	Prevención de la transmisión vertical madre niño de VIH/SIDA
TAR	Tratamiento antiretroviral
TMI	Tasa de mortalidad infantil
TVMN de VIH/SIDA	Transmisión vertical de madre niño de VIH/SIDA
TMN	Tasa de mortalidad neonatal
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH-SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

## Resumen

La mortalidad neonatal es uno de los factores que contribuyen en mayor medida a la mortalidad en la niñez en la región de América Latina y el Caribe (ALC) y constituye un obstáculo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se calcula que la mortalidad neonatal en ALC es 15 por 1,000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa alrededor del 60% de las defunciones de los menores de 1 año y 36% de la mortalidad entre niños menores de 5 años.

Cada año nacen cerca de 12.000,000 de niños y niñas en ALC y cada año mueren 400.000 de ellos antes de los cinco años de edad, 270,000 antes de un año de edad y de estos últimos, 180,000 fallecen durante su primer mes de vida. Estas muertes son en su mayoría prevenibles a través de intervenciones costo efectivas y basadas en la evidencia.

Si bien las tasas de mortalidad infantil han venido disminuyendo en la región, las tendencias de la mortalidad neonatal han permanecido prácticamente inalteradas durante los diez últimos años. Este estancamiento se debe, en parte, a la falta de programas dirigidos específicamente a los recién nacidos; el énfasis ha recaído más bien en los menores de un año y los niños menores de 5 años. Entre las causas de la mortalidad neonatal en ALC se incluye las infecciones, la asfixia, la prematuridad y las malformaciones congénitas. Aunque algunas son causas directas, otras, como en la mayoría de los casos de bebés nacidos prematuramente y con bajo peso al nacer, pueden constituir factores predisponentes. Pero existen otros factores fundamentales que contribuyen también a una salud neonatal deficiente, a saber, las desigualdades en el acceso a la atención

de salud, el bajo porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado y una salud materna precaria.

Esta estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal es la culminación de un esfuerzo colaborativo que empezó el Día Mundial de la Salud de 2005 y que ha contado con la participación de muchos países latinoamericanos, así como con el apoyo del Grupo de Trabajo Interinstitucional, que está integrado por representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y las organizaciones ACCESS, BASICS, CORE y Save the Children/Saving Newborn Lives (SNL).

La finalidad de la estrategia es dar a conocer y promover las intervenciones basadas en la evidencia para la atención al recién nacido en las comunidades y en los servicios de salud, haciendo hincapié en los grupos de población más vulnerables y marginados. Esta estrategia reconoce la estrecha relación que hay entre la salud materna y la salud neonatal y la impor-



tancia de las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna que coadyuvan a disminuir la mortalidad neonatal y mejoran la salud del recién nacido. A partir de las lecciones aprendidas, la estrategia propuesta se centra en intervenciones integrales basadas en la evidencia para: 1) crear un ambiente favorable para la elaboración y promoción de políticas públicas eficaces a todos los niveles, usando el enfoque del continuo de atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, dando mayor énfasis a los recién nacidos y haciendo hincapié en la comunidad; 2) establecer nexos

a través de programas; 3) mejorar la capacidad de resolución y la calidad de los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud y los niveles de referencia; 4) proporcionar una atención de salud eficaz, integrada y culturalmente apropiada; 5) actualizar y fortalecer las competencias de la fuerza laboral de salud; 6) promover intervenciones para empoderar a las personas, familias y comunidades, y 7) formular un sistema de vigilancia, seguimiento y evaluación para evaluar el progreso.



Silénha Céspedes

*Llevar al bebe a su control en los primeros tres días de vida*



## 1. Introducción

El nacimiento de un niño es un acontecimiento que merece celebrarse con alegría. Sin embargo, no ocurre así para miles de familias pobres de América Latina y el Caribe (ALC), donde una nueva vida concluye a menudo demasiado temprano o se ve agobiada por problemas de salud.

La región de ALC registra un grado considerable de inequidad entre países y dentro de los mismos. Las poblaciones urbanas y rurales pobres, los pueblos indígenas y los descendientes de africanos tienen tasas de alfabetización inferiores, un acceso menor a infraestructura básica y una cobertura insuficiente en cuanto a servicios sanitarios esenciales para la madre, el recién nacido y el niño. Estas inequidades a menudo se agudizan en las poblaciones marginadas que pertenecen a más de uno de estos grupos. Por ejemplo, en Bolivia y Guatemala, casi la mitad de la población pobre es indígena, mientras que en Brasil, los afrodescendientes representan la mitad de la población pobre del país.<sup>1</sup> Aunque la Región ha avanzado a grandes pasos en la reducción de la mortalidad entre menores de un año y menores de 5 años, la elevada tasa de mortalidad de recién nacidos en muchos países de ALC no ha mejorado al grado esperado.<sup>2, 3</sup> Por ejemplo, la tasa de mortalidad neonatal (TMN) en Bolivia descendió 34% entre 1994 y 2003, pero sigue siendo una de las más altas de la Región.<sup>4</sup> En Haití, la TMN ha disminuido sólo 19%, y se mantiene alta, con 32 defunciones por 1,000 nacidos vivos.<sup>5</sup>

La estrategia regional sobre recién nacidos es la culminación de un proceso colaborativo que

empezó en abril de 2005 durante un taller del Día Mundial de la Salud en Washington, DC. El taller, en el cual se analizaron las maneras de mejorar la salud de los recién nacidos, reunió a representantes de los ministerios de salud de 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay). Esta colaboración regional en curso cuenta con el apoyo del Grupo de Trabajo Interinstitucional, que está integrado por representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y las organizaciones ACCESS, BASICS, CORE y Save the Children /Saving Newborn Lives (SNL).

La finalidad de la estrategia de América Latina y el Caribe para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal es promover las intervenciones basadas en la evidencia para la atención del recién nacido en las comunidades y en los servicios de salud, con un énfasis en los grupos de población más vulnerables y marginados. Dado que las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna también disminu-



yen la mortalidad neonatal y mejoran la salud del recién nacido, la estrategia aprovecha la estrecha relación entre la salud del recién nacido y la de la madre. Con este documento se busca brindar orientación a las instancias normativas y a las autoridades sanitarias para establecer prioridades, movilizar recursos y coordinar

esfuerzos a fin de mejorar la salud del recién nacido. Igualmente, se brinda orientación a las organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas y los donantes que deseen sumarse a los esfuerzos regionales por mejorar la salud de la madre y el recién nacido.



Christian Lombardi

*Darle al bebe lactancia materna en la primera hora de vida y exclusivamente*

## 2. Contexto e iniciativas de apoyo

### 2.1 Estrategias mundiales

Desde la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en 2000, la comunidad internacional ha elevado a niveles sin precedentes su compromiso con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) mediante su apoyo a iniciativas internacionales, nacionales y locales dirigidas a reducir la mortalidad y morbilidad de madres, recién nacidos y niños. El Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 (ODM-4) apunta a reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. El objetivo 5 (ODM-5) se propone reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes durante el mismo período.

El informe sobre la salud en el mundo 2005, *¡Cada madre y cada niño contarán!*, se dio a conocer en ocasión de la celebración del Día Mundial de la Salud en Nueva Delhi, India, y en él se instó a adoptar un nuevo criterio para salvar las vidas de madres, recién nacidos y niños.<sup>6</sup> El informe es un estudio sobre los obstáculos a los que se enfrentan tanto las madres como sus hijos antes y durante el embarazo, así como durante y después del parto. En dicho informe se presta especial atención a los recién nacidos, cuyas necesidades específicas no se han abordado adecuadamente con la separación de los programas de salud materno infantil. Tras la celebración del Día Mundial de la Salud 2005, “The Partnership”, la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño convocó a un foro que reunió a importantes funcionarios de la salud, organismos internacionales, socios para el desarrollo y grupos de la sociedad civil. El resultado de la reunión fue la Declaración

de Nueva Delhi, en la cual los participantes afirmaron su compromiso con la salud de la madre, el recién nacido y el niño.

La Alianza Mundial, lanzada oficialmente en septiembre de 2005, marcó un hito en el creciente énfasis mundial en la salud de las mujeres, los recién nacidos y los niños. El objetivo de esta alianza es coordinar e intensificar las acciones en los ámbitos nacional, regional y mundial en respaldo a los ODM 4 y 5 y salvar las vidas de millones de mujeres y niños mediante la ampliación del acceso a intervenciones costo efectivas, probadas y accesibles.

### 2.2 Estrategias regionales

A pesar de los numerosos retos encarados, la región de América Latina y el Caribe ha progresado significativamente en el mejoramiento de la salud materno infantil; sin



embargo, este progreso ha sido desigual. La estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, que comenzara en 2002, promueve la implementación de intervenciones clave para la reducción de la morbilidad y la mortalidad de la madre.<sup>7</sup> Las estrategias e intervenciones para reducir la mortalidad materna disminuirán la mortalidad neonatal y mejorarán la salud del recién nacido de forma considerable. Los gobiernos nacionales de América Latina y el Caribe manifestaron su apoyo a los ODM 4 y 5 –reducir la mortalidad materna y la mortalidad de los niños menores de 5 años– en la declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas de septiembre de 2000.<sup>8</sup> Para ayudar a corregir la inequidad generalizada en la Región, los ministerios de salud de la región con el apoyo de la OPS/OMS, en colaboración con sus socios, están trabajando para lograr la cobertura universal de las intervenciones en salud de la madre, el recién nacido y el niño.<sup>9</sup>

El ODM-4, que persigue la reducción de dos tercios de la mortalidad en la niñez, sólo puede lograrse en la Región si se alcanza una reducción significativa (aproximadamente 50%) de la mortalidad neonatal. Los estudios revelan que es posible reducir la mortalidad en la niñez si se mejora la salud neonatal mediante intervenciones sencillas, accesibles y basadas en la evidencia.<sup>10</sup> Para que los países de ALC logren reducir la mortalidad de niños y recién nacidos mediante estas intervenciones conocidas, deben corregirse las graves inequidades del acceso a los servicios de salud en la Región.

Aunque ha habido progreso, la mayoría de los programas de salud materno infantil en ALC se ocupan de las madres, los recién nacidos

y los niños, pero tienen poco que ver con el recién nacido. Sin embargo, varios países como Brasil, Chile, Cuba, República Dominicana y Uruguay, han creado un cargo nacional para un coordinador de atención neonatal adscrito a sus unidades de salud del niño y desarrollado un paquete específico de intervenciones de salud del recién nacido.

Muchos países de ALC están reformando sus sistemas sanitarios para aumentar el acceso a la atención de salud para los niños menores de 5 años. Durante el último decenio, Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Perú y República Dominicana han promulgado programas para mejorar el acceso a los servicios materno infantiles. El Programa de Salud Familiar de Brasil (PSF) asegura la puesta en práctica de una serie de programas sanitarios, como el Programa de salud del niño y el Pacto nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil. Estos programas procuran reducir las tasas de mortalidad materna e infantil en 15% para 2006 y en 75% para 2015. El Programa para la humanización de la atención prenatal y el parto del Ministerio de Salud del Brasil, busca mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención prenatal, del parto, el posparto y al recién nacido.<sup>11</sup>

En Bolivia, el gobierno nacional ha puesto en marcha una serie de programas de aseguramiento desde 1996 para aumentar el acceso a los servicios de salud para madres, recién nacidos y niños. Actualmente, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) tiene como objetivo reducir la mortalidad materna y la mortalidad de menores de 5 años. La meta del programa es mejorar y aumentar la utilización de los servicios materno infantiles mediante la reducción de las barreras económicas. El Programa de maternidad gratuita del Ecuador, producto

de la Ley Nacional sobre Atención de Salud Gratuita para Madres y Niños, es otro buen ejemplo para mejorar un mayor acceso y utilización de los servicios materno infantiles.

### 2.3 Mortalidad neonatal en ALC

Cada año nacen casi 12.000,000 de niños en la región de ALC. Cada año, 400,000 niños mueren antes de llegar a los 5 años de edad, 270,000 antes de cumplir un año, y de estos últimos, 180,000 mueren en su primer mes de vida.<sup>12</sup> Se calcula que la mortalidad neonatal (definida como la muerte en los primeros 28 días de vida<sup>13</sup>) en ALC es 15 por 1,000 nacidos vivos, con cifras que oscilan entre 14 (América del Sur) y 19 (el Caribe) por 1,000 nacidos vivos.<sup>14</sup> La tasa de mortinatos de la Región se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal.<sup>15,16</sup> Esta última representa alrededor del 60% de las defunciones de menores de un año y 36% de la mortalidad de menores de 5 años; la mayoría de estas defunciones son prevenibles.<sup>17, 18, 19, 20</sup> Las tasas de mortalidad más altas se registran en Haití, Bolivia y Guatemala, donde alcanzan niveles entre cinco y seis veces mayores que en los países con las tasas de mortalidad más bajas, como Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay.<sup>21</sup>

Aunque las proporciones exactas varían en cada país, los cálculos indican que, especialmente en países donde la tasa de mortalidad infantil (TMI) no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de recién nacidos tienen lugar en el primer mes de vida. De estas muertes, dos tercios o más ocurren durante la primera semana de vida, y de estos dos tercios, casi dos terceras partes se presentan en las primeras 24 horas.<sup>22, 23</sup>

Si bien las tasas de mortalidad infantil han venido disminuyendo en la Región, las tendencias de la mortalidad neonatal han permanecido prácticamente inalteradas durante los diez últimos años. Este estancamiento se debe, en parte, a la falta de programas dirigidos específicamente a los recién nacidos; el énfasis ha recaído más bien en los menores de un año lactantes y los niños menores de 5 años. Pero existen otros factores fundamentales que contribuyen también a una salud neonatal deficiente, a saber, las desigualdades en el acceso a la atención de salud y una salud materna precaria deficiente.

### 2.4 Causas de la mortalidad neonatal

Entre las causas de la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe de 2004 se incluyen: las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) y otras (5%).<sup>24</sup>

Aunque algunas son causas directas, otras, como en la mayoría de los casos de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, pueden constituirse en factores predisponentes. La OPS/OMS calcula que aproximadamente 9% de los recién nacidos en ALC tiene bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos al nacer).<sup>25</sup> El bajo peso al nacer está estrechamente vinculado a una mayor morbilidad neonatal, y se calcula que entre 40% y 80% de las defunciones durante el período neonatal está asociado con este problema.<sup>26</sup> Un factor que dificulta la identificación correcta de los bebés de bajo peso al nacer es que los niños nacidos en los hogares a menudo no son pesados.

La proporción de las defunciones debidas supuestamente a la prematuridad debe evaluarse con mayor detenimiento. La prematuridad



propiamente dicha es la causa primaria de muerte en tan sólo un número limitado de recién nacidos prematuros en situación extrema. La mayoría muere de complicaciones como sepsis neonatal, que puede contraerse en el hogar o en el hospital, problemas respiratorios y asfixia perinatal.<sup>27</sup> Resulta particularmente difícil hacer un diagnóstico correcto de prematuridad, sobre todo al nivel de la comunidad y en centros más periféricos donde la identificación de la edad gestacional es con frecuencia inexacta.

Sin embargo, no cabe duda de que el bajo peso al nacer y la prematuridad son factores muy importantes que predisponen a la morbilidad y la mortalidad y que, por lo tanto, deben atenderse, en particular por su relación con la salud materna. Aunque lo ideal es la prevención (y las causas se conocen y pueden evitarse), este aspecto sigue planteando problemas. En consecuencia, es fundamental mejorar la salud materna y la calidad del control prenatal, así como el manejo de estos niños pequeños, agregando métodos para una atención de apoyo al recién nacido, como el método de las “madres canguro” (contacto continuo de la piel de la madre con la piel del recién nacido prematuro), una atención especial para la prevención de infecciones y apoyo durante la lactancia materna, incluidos métodos alternativos de alimentación oral hasta poder establecer una lactancia materna plena.

Factores socioeconómicos como la pobreza, una educación deficiente (especialmente en el caso de la madre), la falta de empoderamiento de las mujeres, un acceso limitado a los servicios de salud y algunas prácticas tradicionales nocivas constituyen otras causas indirectas de mortalidad neonatal. Los pobres de las zonas rurales y urbanas, otras comunidades marginadas y las poblaciones indígenas originarias y de

ascendencia africana presentan índices de mortalidad neonatal desproporcionadamente altos.

## 2.5 Factores maternos que afectan la salud neonatal

El bienestar de un recién nacido depende en gran medida de la salud de la madre. El riesgo de muerte de una madre en América Latina y el Caribe es de 1 por cada 130. En cambio, en países más desarrollados, como Canadá, esta relación es de 1 por cada 7,750.<sup>28</sup> En los países en desarrollo, la muerte de la madre durante el parto puede conducir a la muerte del recién nacido.

Entre los factores maternos que afectan a la salud neonatal figuran la desnutrición materna, la edad de la madre (menor de 18 años o mayor de 35 años), haber tenido más de 5 partos, un intervalo breve entre nacimientos (menos de tres años entre los embarazos), hemorragia durante el tercer trimestre y complicaciones de parto (trabajo de parto prolongado u obstruido). Otros factores que afectan la supervivencia de los recién nacidos son las infecciones maternas, como las de transmisión sexual (por ejemplo, la infección por el VIH/sida y la sífilis) y otras como la infección de las vías urinarias y la malaria. Un bajo nivel educativo de la madre, un régimen alimentario deficiente, recursos limitados y un acceso inadecuado a los servicios de salud, una atención deficiente durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, así como pocas posibilidades para tomar sus propias decisiones, son también factores importantes. La anemia de células falciformes es un trastorno genético presente en el 5% de las poblaciones, principalmente entre las de ascendencia africana, que puede prevenirse mediante programas de evaluación y orientación genética para las mujeres.



### 3. Lecciones aprendidas en el contexto de ALC

En los últimos años se han producido varios documentos sobre intervenciones accesibles basadas en la evidencia dirigidas a mejorar la salud del recién nacido. Las intervenciones más importantes se han resumido en una reciente serie de la revista médica *The Lancet* sobre la supervivencia del recién nacido<sup>29,30</sup>. Algunas de estas intervenciones son aplicables a niveles específicos, como en el servicio de salud o en la comunidad, y algunas en ambos. Se cuenta con listas completas de estas intervenciones que los países pueden examinar y adaptar a sus requisitos locales.<sup>31, 32, 33</sup>

#### 3.1 *Reforma de los sistemas de salud*

Muchos países de ALC están reformando sus sistemas sanitarios para aumentar el acceso y el uso de servicios de atención de salud de calidad. Una de las barreras al acceso en muchos países son las tarifas que deben pagar los usuarios para poder utilizar los servicios básicos de salud materna y neonatal; esto es un problema particularmente grave para los pobres y las poblaciones más vulnerables. Existe además una falta de modelos culturalmente apropiados de atención, estrategias de extensión para superar las barreras geográficas y una escasez de servicios de salud de calidad.

Para poder hacer frente a los obstáculos financieros, culturales y estructurales a la atención de salud para mujeres y niños, algunos países de la Región han puesto en marcha procesos adecuados de reforma para mejorar el acceso a servicios de salud materno infantil de calidad. Estas reformas se centran en programas de atención continua a la salud de las mujeres y niños (Brasil), iniciativas nacionales para un seguro de salud materno infantil (Bolivia) y programas de maternidad gratuita (Ecuador).

Otros países están aplicando estrategias de extensión de cobertura como brigadas móviles, farmacias comunitarias y redes de agentes comunitarios de salud (Guatemala, Bolivia, Nicaragua, entre otros). Debido a la estrecha relación entre la salud de la madre y la salud del recién nacido, el cuidado obstétrico esencial (COE) se ha ampliado para incluir la atención neonatal esencial (Honduras, Perú y Paraguay, entre otros) e integrar las necesidades de personal capacitado, insumos, equipos, apoyo comunitario y procesos de referencia en red.

#### 3.2 *Enfoque del continuo de atención*

Tratar el tema de la salud del recién nacido en el contexto de la salud materna, neonatal y del niño constituye un cambio fundamental de la prestación fragmentada de servicios a un enfoque holístico e integrado. Este enfoque del “continuo de atención” satisface las necesidades de salud de las madres y sus hijos durante el período de preconcepción, durante el embarazo, el parto y en la etapa posnatal, por lo que requiere de coordinación entre el hogar, la comunidad y los servicios de salud



donde las mujeres y los niños pueden recibir esa atención.

A nivel mundial, el enfoque del continuo de la atención ha sido adoptado por la OMS y la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño como un medio esencial para la supervivencia y el bienestar de las madres y los recién nacidos. El recién nacido no puede atenderse en forma separada de la madre, y su supervivencia es responsabilidad del profesional calificado que atiende, tanto a la madre como al niño, durante las horas críticas que siguen al nacimiento, o un agente sanitario bien capacitado, cuando no se cuenta con personal calificado.<sup>34</sup> La evidencia indica que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal y que las primeras 24 horas de vida pueden determinar la supervivencia de un niño. En países donde la TMI no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de recién nacidos ocurren durante el primer mes de vida.

La integración de las intervenciones de salud en el hogar con el establecimiento de salud es esencial para hacer frente a las defunciones durante el período neonatal, dado que muchos nacimientos ocurren en el hogar y los bebés nacidos en los servicios sanitarios a menudo son dados de alta temprano. A fin de mantener a los recién nacidos saludables, es importante brindarles apoyo con una lactancia materna inmediata y exclusiva, mantener al recién nacido abrigado, retardar el primer baño del bebé, atender las asfixias, prevenir las infecciones, prestar una atención especial a los bebés de bajo peso al nacer y atender al recién nacido enfermo. Un gran número de factores socioculturales influyen en la atención de la madre y el recién nacido en el hogar y en

los servicios de salud. La comunicación, la movilización de la comunidad y las estrategias de empoderamiento de la mujer son elementos necesarios para promover comportamientos saludables relacionados con la atención preventiva básica y motivar la búsqueda de atención apropiada.

A pesar de los esfuerzos de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, los niños podrían desarrollar problemas de salud que obliguen a la familia a buscar atención con un proveedor calificado. Estos posibles problemas de salud dan lugar a una alta demanda de servicios de salud de parte de la comunidad, y esta necesidad compartida de servicios de tratamiento puede ayudar a movilizar a la comunidad para que insista en una mejor prestación de servicios. Para contribuir a los esfuerzos de movilización comunitaria, se requiere de un empoderamiento y una participación verdaderos, incluida la participación de la comunidad en la planificación de programas de salud para la madre y el recién nacido y en la formulación de las estrategias de comunicación. El contar con personal calificado con aptitudes interpersonales e interculturales buenas y el uso eficaz de métodos populares de comunicación articulados a los medios masivos de comunicación son factores que pueden ayudar a promover prácticas saludables en el hogar y fomentar la búsqueda de atención de salud apropiada, lo cual puede llevar a la reducción de la mortalidad neonatal.

### *3.3 Atención calificada al recién nacido*

Los países tienen diferentes vías para formar personal calificado. Por ejemplo, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Argentina,



Estados Unidos y Canadá ofrecen programas universitarios de partería que duran entre cuatro y cinco años. Además, estos países tienen programas de capacitación en enfermería y otros brindan una especialización para enfermeras en partería. El Caribe de habla inglesa, Jamaica, Trinidad y Tobago y Guyana han tomado medidas especiales para seguir ofreciendo programas de estudio de partería directamente. Estos programas incluyen la capacitación para la atención de la madre y el niño en los establecimientos de salud y algunos se basan en el enfoque del continuo de atención. Se ha demostrado que la disponibilidad de obstetras y enfermeras calificadas para atender partos y a los recién nacidos, es un factor fundamental para reducir la mortalidad neonatal. Sin embargo, muchos países de ALC todavía no tienen programas para capacitar a enfermeras profesionales como obstetras (por ejemplo, Guatemala y Bolivia).

Si en algunos países no resulta adecuada la atención durante el parto, la atención durante el post parto plantea retos aún mayores. Por ejemplo, según datos recientes del Perú, 3 de cada 10 mujeres dieron a luz en su hogar y más de la mitad de estos partos (54%) no recibieron ninguna atención posnatal.<sup>35</sup> En Bolivia, sólo 25% de las todas las mujeres que tuvieron un bebé recibieron atención posnatal.<sup>36</sup> El no recibir atención después del parto representa una situación de alto riesgo, ya que una elevada incidencia de las complicaciones ocurren en el período posparto, tanto en el caso de la madre como en el del recién nacido.

El problema quizá resida no sólo en una calidad inadecuada de atención, sino también en una sincronización inapropiada de las visitas

de salud. Por lo general, se pide a las madres que regresen con sus bebés al centro de salud entre cuatro y seis semanas después del nacimiento, aunque en algunos países esta visita debe hacerse antes. Sin embargo, con este plan no se cubre la etapa crítica del período temprano de posparto, que es la primera semana de vida, cuando tienen lugar la mayoría de las defunciones maternas y de recién nacidos.

Las madres y sus bebés son a menudo dados de alta de los hospitales y establecimientos sanitarios entre seis y doce horas después del parto, cuando la probabilidad de que se presente una complicación potencialmente mortal es todavía alta. Es esencial que las madres y los recién nacidos reciban atención posnatal temprana, en los tres primeros días de parto, ya sea en un centro de salud o en el hogar, para prevenir o atender los problemas que pudieran presentarse durante este tiempo de vulnerabilidad. En términos generales, no se cuenta con normas y protocolos de atención de los bebés en alto riesgo, como los nacidos prematuros y/o con bajo peso al nacer o los bebés que fueron reanimados. En algunos países de ALC, las prácticas culturales relacionadas con el parto y el postparto tienden a mantener a las madres y los bebés aislados dentro de sus hogares durante períodos de hasta seis semanas. La falta de autonomía de las mujeres, la falta de conciencia sobre las necesidades de las madres y los recién nacidos, las dificultades de transporte y la calidad deficiente de la atención en algunos servicios de salud constituyen barreras adicionales a la utilización de los servicios sanitarios.

Las tasas de mortalidad neonatal son más altas en países donde los partos ocurren principal-



mente en el hogar. La mayor proporción de partos a domicilio, según se observa en las encuestas de demografía y salud, se encuentra en Haití (77%), Guatemala (60%), Honduras (44%), Bolivia (40%) y Nicaragua (33%).<sup>37</sup> Estos nacimientos son a menudo atendidos por una partera tradicional o, en el caso de algunas comunidades, únicamente por un miembro de la familia.

Lamentablemente, excepto en países donde la TMN ha disminuido considerablemente, incluso los cuidados esenciales al recién nacido son inadecuados, sobre todo en centros periféricos o de primer nivel, donde puede no haber prevención de infecciones y atención de la asfixia. Uno de los problemas, aun en los hospitales más grandes, es la aparición de septicemias nosocomiales que pueden contribuir significativamente a la mortalidad y morbilidad neonatales.

Países como Paraguay y Bolivia han ampliado el cuidado obstétrico esencial para incluir la atención neonatal esencial, en lo que se denomina la “cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE)”. Este modelo ampliado de atención incluye vigilar la temperatura corporal del recién nacido y tratamiento específico de la asfixia y con antibióticos para la sepsis neonatal, entre otros componentes. La implementación del cuidado obstétrico y neonatales requieren de personal capacitado, suministros y equipos necesarios, el apoyo de las comunidades y, donde sea necesario, un plan de emergencia para la referencia a un centro con servicios con mayor capacidad de resolución para el cuidado obstétrico y neonatal esencial. En el apéndice 2 figuran los componentes del cuidado obstétrico y neonatal básicos e integrales, los cuales deben aplicarse según su viabilidad.

En cuanto al resto del mundo, se ha documentado sobre la aplicación exitosa de otros modelos de atención al recién nacido. Es importante aprender de las experiencias de otros países y determinar cuáles de ellas pueden adaptarse a la región de ALC. En Asia se implementó el proyecto de SEARCH a cargo de agentes comunitarios de salud que aunaron esfuerzos con las parteras tradicionales; el programa contemplaba la atención a domicilio para el recién nacido, con atención preventiva y curativa para tratar principalmente la asfixia perinatal y la sepsis neonatal. Esta última se controlaba con antibióticos orales e inyectables. La mortalidad neonatal disminuyó 62% en un período de tres años.<sup>38, 39</sup>

### *3.4 Atención y acceso a la asistencia calificada del parto*

El acceso a una atención calificada del parto es bajo en muchas zonas de la Región donde se registran las tasas más altas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales. En promedio, 79% de los partos en ALC ocurren en establecimientos [ver el apéndice 1], aunque se observan grandes variaciones entre y dentro de los países. En las zonas rurales, el acceso a personal calificado, suministros, equipos operativos y servicios de referencia, es con frecuencia limitado. Además, una proporción significativa de los nacimientos rurales puede estar a cargo de enfermeras auxiliares que no tienen las aptitudes de partería necesarias. Además, es posible que incluso el “personal calificado” no tengan siempre las competencias necesarias para resolver eficazmente los problemas que pudieran presentar, tanto la madre como el bebé. En aquellos países donde los bebés nacen principalmente en el hogar, las tasas de mortalidad neonatal son las más altas.

### 3.5 Atención comunitaria

El proyecto WARMI de Bolivia, que permitió reducir la mortalidad perinatal (el período de cinco meses antes y un mes después del nacimiento) en casi 50% en las comunidades del proyecto, fue la base de cinco proyectos de atención neonatal comunitaria en la Región.<sup>40</sup> Las intervenciones, que se detallan en los estudios de caso, se llevaron a cabo principalmente en las zonas periféricas y remotas que no eran de fácil acceso para los servicios de salud del gobierno. Organizaciones privadas de voluntarios y organizaciones no gubernamentales (ONG) como Save the Children/SNL en Bolivia y Guatemala, CARE en Perú y BASICS en El Salvador, cumplieron una importante función al proporcionar a estas comunidades intervenciones costo-eficientes, accesibles para reducir la mortalidad neonatal a nivel de la comunidad. Se observó que estas organizaciones se constituyen en puentes de coordinación útiles entre las comunidades, los proveedores de atención de salud y el gobierno. Entre los elementos operativos clave observados en los estudios de casos destacan la necesidad de múltiples roles y personal para diversas funciones; funciones específicas a cargo de los agentes comunitarios de salud y las parteras tradicionales, incluyendo el reforzar el rol técnico que los agentes comunitarios pueden cumplir en determinadas zonas; un paquete de cuidados esenciales para el recién nacido; reducir el tiempo de inicio de los programas de atención del recién nacido; reconocer y atender las diferentes necesidades de los entornos rurales y periurbanos; determinar y fomentar las maneras de mejorar la utilización de los servicios, y recurrir a alianzas para generar la sostenibilidad y replicar las experiencias exitosas.<sup>41</sup>

### 3.6 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

La estrategia general de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se dirige a los niños de edades comprendidas entre una semana y cinco años y su objetivo es reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez, mediante la combinación de un mejor manejo de las enfermedades comunes de la infancia con una nutrición e inmunización adecuadas. La estrategia comprende intervenciones para mejorar las aptitudes de los trabajadores de salud, el sistema de salud y las prácticas de la familia y la comunidad. El componente neonatal, formulado recientemente, incorpora la atención en la primera semana de vida, la cual se ha reconocido como un elemento crucial para lograr la reducción de la mortalidad infantil. La estrategia ha venido ejecutándose desde 2003 y se encuentra en distintos grados de desarrollo en Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana. En algunos casos, la estrategia se ha acompañado con la capacitación de trabajadores de salud a nivel institucional para la reanimación neonatal, en colaboración con la Academia Estadounidense de Pediatría, organizaciones no gubernamentales e instituciones sin fines de lucro. Además, se han incorporado a los programas de estudios de las escuelas de medicina componentes sobre recién nacidos en países como Bolivia, Guatemala y Honduras.

La OPS ha apoyado la difusión de la estrategia ampliada de AIEPI en colaboración con los ministerios de salud, asociaciones profesionales



nacionales de pediatras, perinatólogos y neonatólogos y organizaciones comunitarias. El componente comunitario de la AIEPI neonatal se formuló originalmente en 2002 y se probó inicialmente en República Dominicana y Perú. Seguidamente se hicieron las adaptaciones necesarias a partir de las lecciones aprendidas. Con el apoyo de la OPS, UNICEF y ONG como SNL/Save the Children, este componente se ejecutó en Bolivia y Paraguay. Se espera que la experiencia acumulada con la aplicación de la estrategia AIEPI neonatal y las lecciones aprendidas permitan delinear las políticas y los programas neonatales de los países de ALC.

### 3.7 Inmunización

Las inmunizaciones han contribuido considerablemente a la reducción de la mortalidad neonatal e infantil en toda ALC. Desde 1990, la mortalidad por sarampión, tétanos neonatal y meningitis bacteriana causada por *Haemophilus influenzae* se ha reducido en más del 95% con respecto a las cifras de 1990, mientras que la mortalidad causada por la tos ferina disminuyó en más del 80%. La inmunización también ha desempeñado un papel importante al reducir el tétanos neonatal, y la vacunación contra la rubéola ha contribuido a reducir la prevalencia del síndrome de rubéola congénita.

### 3.8 Micronutrientes

Las carencias de micronutrientes son comunes en las mujeres en edad fértil. Muchas mujeres quedan embarazadas cuando su cuerpo no tiene las reservas adecuadas de micronutrientes y con deficiencias que podrían afectar seriamente tanto su salud, como la de su recién nacido. La anemia es un factor de riesgo reconocido de

mortalidad materna y para la salud perinatal, y cuando se le asocia con hemorragias antes y después del parto, mortinatos y bebés con bajo peso al nacer. La anemia está presente en el 40% de las mujeres embarazadas en ALC, varía entre algo más del 20% en Argentina, Chile, México y Uruguay, y más del 50% en Cuba y Perú, hasta 60% en algunas islas del Caribe.<sup>42</sup> La insuficiencia de ácido fólico es un factor de riesgo de defectos del tubo neural en los recién nacidos, una malformación congénita devastadora que causa la muerte o discapacidad permanente. Las carencias de vitamina A y Zinc pueden contribuir a la sepsis neonatal al inhibir la respuesta fisiológica a las infecciones.

### 3.9 Lactancia materna

La lactancia materna se reconoce como un factor clave en la salud del recién nacido y el menor de un año, especialmente la lactancia inmediata y exclusiva. Si bien se calcula en 90% el porcentaje de madres de ALC que amamantan a sus bebés, sólo 35% amamanta exclusivamente durante seis meses.<sup>43</sup> Dar a los recién nacidos té u otros líquidos antes de darles leche materna o la introducción temprana de otros líquidos es una práctica perjudicial común en la Región. Se ha determinado que se mejoran los resultados de la lactancia materna con intervenciones especiales como mantener la madre y el bebé juntos después del nacimiento, el contacto piel a piel en la primera hora del nacimiento y el monitoreo de la lactancia (por ejemplo, MADLAC en Ecuador y El Salvador). En El Salvador, el Ministerio de Salud, con el apoyo de BASICS, ha ampliado la intervención a MADLAC PLUS para incluir otros componentes de atención esencial del recién nacido.<sup>44</sup>

### 3.10 *Transmisión vertical de madre a niño del VIH/SIDA*

Desde principios de los años noventa, la epidemia del VIH se ha convertido en una grave amenaza para la supervivencia infantil en América Latina y el Caribe, debido principalmente a la transmisión vertical madre niño. En Brasil, unas 13,500 embarazadas fueron infectadas por el VIH en 2002. Además, entre 2000 y 2003, la incidencia anual del VIH/SIDA entre los niños menores de 13 años aumentó 24% como resultado de esta forma de transmisión.<sup>45</sup> En el Caribe, el CAREC de la OPS calculó que, solamente en 2002, nacieron entre 2,500 y 4,000 niños infectados por el VIH/SIDA.

La prevención de la transmisión vertical madre niño del VIH/SIDA (PTVMN) constituye una intervención económica para reducir la infección entre los niños menores de 10 años. Esta estrategia integral de prevención incluye orientación y pruebas voluntarias para las embarazadas y referencia para el tratamiento antirretroviral en el caso de aquellas que resulten seropositivas en la prueba del VIH. Un control prenatal de calidad puede ser un punto de partida clave para la atención y tratamiento del VIH. Si se integra al control prenatal, la PTVMN puede prevenir al menos 50% de las infecciones por el VIH en los niños. Actualmente, varios países de América Latina y el Caribe ofrecen la PTVMN en 100% de sus servicios prenatales; sin embargo, existen amplias disparidades entre los países en cuanto a la cobertura de la PTVMN y el nivel de su integración en la atención primaria. De 21 países informantes, 60% tiene una cobertura inferior.<sup>46</sup>

El éxito de la PTVMN se ha documentado en la Región. Por ejemplo, Bahamas informó de una disminución de la incidencia de infección por el VIH entre niños menores de un año de 3 casos por 1,000 nacidos vivos en 1994 a 0 casos por 1,000 nacidos vivos en 2002.<sup>47</sup> Otros países de ALC han notificado que han tenido cierto éxito en la detención de la propagación del VIH entre los niños y en el ofrecimiento de intervenciones de salud pública que puede ayudar a lograr generaciones sin VIH en las Américas para 2015.<sup>48</sup>

### 3.11 *Vigilancia*

Varios países de ALC, como Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú, tienen sistemas de vigilancia de la mortalidad materna y han establecido comités de análisis de la mortalidad materna a nivel nacional y departamental. Países como Paraguay y Bolivia han integrado la mortalidad neonatal a estos sistemas, aunque aún no se ha dado inicio a la fase de ejecución.

La Región enfrenta actualmente el desafío de mejorar el registro de las mortinatalidades y las defunciones de recién nacidos en los sistemas de registro oficial. En muchos países, un mortinato o un bebé recién nacido que muere no se considera una persona que debe registrarse oficialmente. La mayoría de los países de ALC no verifica sistemáticamente los indicadores usados para la recopilación de datos. El examen, análisis y uso a nivel local de la información recopilada para la toma de decisiones son también excesivamente inadecuados.



## 4. Estrategia regional interinstitucional para reducir la mortalidad neonatal

### *¿Qué puede hacerse para mejorar la salud del recién nacido?*

La mortalidad neonatal contribuye en una medida importante a la mortalidad en la niñez en ALC y es un obstáculo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayoría de las muertes de recién nacidos es evitable, y se han llevado a cabo intervenciones eficaces que están bien documentadas. Los países tienen que definir estrategias y acciones clave para establecer, ejecutar, fortalecer y ampliar las intervenciones para promover la salud del recién nacido en el marco de la salud materno infantil. Deben llevarse a cabo y coordinarse actividades a distintos niveles.

A partir de las lecciones aprendidas, la estrategia propuesta se centra en intervenciones integrales basadas en la evidencia para crear un ambiente favorable para la promoción y elaboración de políticas públicas eficaces a todos los niveles usando el enfoque del continuo de atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, dando mayor énfasis a los recién nacidos y haciendo hincapié en la comunidad; establecer nexos a través de programas; mejorar la capacidad de resolución y la calidad de los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud y los niveles de referencia; proporcionar una atención de salud eficaz, integral y culturalmente apropiada; actualizar y fortalecer las competencias de la fuerza laboral de salud; promover intervenciones para empoderar a las personas, familias y comunidades, y formular un sistema de vigilancia, seguimiento y evaluación para evaluar el progreso.

Los países deben actuar ahora, centrándose en las siguientes áreas fundamentales en el

contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño.

#### *A. Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal*

Para reducir la mortalidad neonatal, debe existir un entorno favorable que tome en cuenta el compromiso político de las autoridades de ejecutar las políticas, promover normas y protocolos basados en la evidencia y obtener los recursos técnicos y financieros para facilitar y apoyar las actividades requeridas. Las autoridades gubernamentales no sólo deben fortalecer sus sistemas de salud, sino también atender las necesidades de la comunidad. De manera similar, las organizaciones, en particular, las ONG y las organizaciones religiosas que trabajan bien a nivel de la comunidad, deben establecer relaciones con los gobiernos y los sistemas de salud. Todos los programas deben incorporar proactivamente estrategias dirigidas a los grupos más pobres y marginados para asegurar una cobertura adecuada y apropiada.

Deben tomarse medidas para aumentar la visibilidad de la salud neonatal y desarrollar una mayor capacidad para formular políticas y establecer prioridades nacionales en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño. En esta área se requiere de intervenciones más sólidas basadas en la evidencia a fin de mejorar la formulación de políticas y las actividades de abogacía, una definición más específica de prioridades en el marco de la salud materna y del niño y una mayor eficacia de los programas, tanto a nivel de los servicios como de la comunidad. De lo contrario, no podrá lograrse una reducción sustancial de la mortalidad neonatal, y la Región no cumplirá las metas de reducción de la mortalidad en la niñez contempladas en el ODM-4.

Deben elaborarse políticas para mejorar la salud del recién nacido y reducir la mortalidad neonatal mediante un compromiso político de alto nivel. Se necesitan además directrices e iniciativas nacionales claras para establecer y fortalecer sistemas de registro vital, asegurar el financiamiento sostenible para intervenciones esenciales y responder a los temas relacionados con la fuerza laboral de salud neonatal, incluidos los requerimientos de capacitación de médicos, obstetras y enfermeras antes y durante el servicio.

También es fundamental trabajar con colaboradores clave con roles y funciones claros integrar la salud neonatal a los programas existentes de salud reproductiva y salud materna (tanto para el cuidado obstétrico esencial como para la atención de emergencia) así como, los de supervivencia infantil, incluida AIEPI, la lactancia materna y la nutrición. Como se tiende a pasar por alto la salud neo-

natal, es necesario enfatizar en la visibilidad del recién nacido durante el proceso de integración, para priorizar las acciones y velar por la salud neonatal.

El fortalecimiento de las alianzas a través de un plan participativo debe incluir las alianzas mundiales, regionales, nacionales y locales con ministerios de salud, donantes, organismos de cooperación internacional y otros interesados directos clave, entre ellos la sociedad civil, los médicos tradicionales y las organizaciones no gubernamentales. Es menester forjar conexiones más fuertes entre los organismos profesionales, como las asociaciones de obstetricia y ginecología, pediatría, perinatología, neonatología y enfermería. La cooperación técnica de la OPS con los países y otros socios se centra en la formulación de políticas, la promoción de la salud familiar y comunitaria, la prestación de servicios, el desarrollo de recursos humanos, el apoyo a la movilización de recursos, la gestión de la información y el conocimiento, la vigilancia y el seguimiento y la evaluación.



*Mantener al bebé  
seco y abrigado*

**Promover un entorno favorable a nivel de las políticas**

- 1) Llevar a cabo una promoción continua y específica para incorporar la salud del recién nacido como un elemento de alta prioridad en las políticas de los gobiernos nacionales y locales.
- 2) Determinar "paladines" que apoyen el programa, creen conciencia y capten fondos.
- 3) Establecer y fortalecer 'células' o secciones en el ministerio de salud en los países y los gobiernos regionales y locales para visibilizar la salud del recién nacido en el marco de la salud materno infantil y formular y aplicar normas, estándares y protocolos basados en la evidencia que atiendan, tanto a los servicios de salud, como a la comunidad.
- 4) Incorporar estrategias durante el proceso de planificación y ejecución dirigidas a los grupos vulnerables y marginados y promover la atención basada en la equidad.
- 5) Promover el tema y llevar a cabo actividades para obtener los fondos de:
  - (a) gobiernos nacionales
  - (b) interesados directos locales e internacionales
- 6) Procurar el apoyo técnico adicional que se requiera de organismos locales e internacionales para beneficiarse de las lecciones aprendidas de otras regiones. Promover la colaboración Sur-Sur.
- 7) Velar por una estrecha colaboración con los socios (gobiernos nacionales y locales, otros interesados directos, socios bilaterales, ONG, médicos tradicionales, organizaciones religiosas, líderes comunitarios clave y otras organizaciones, incluidos los organismos profesionales) con planes para ampliar el alcance rápidamente.
- 8) Integrar las actividades de salud neonatal a programas existentes, como los programas de salud materna (cuidados obstétricos tanto esencial como de emergencia), actividades de atención de la salud del niño, incluidos la estrategia AIEPI y los programas de PTVMN de VIH/SIDA y la sífilis congénita, teniendo cuidado de mantener una clara visibilidad del componente de salud del recién nacido.

**B. Fortalecer los sistemas de salud para mejorar el acceso a los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño**

El acceso universal a la atención de la madre, el recién nacido y el niño debe incluir la prestación de una atención con personal calificado al nacer. Los servicios deben proporcionar una atención continua y velar por que el acceso a la atención calificada durante el embarazo, el parto y el postparto se extienda durante el primer mes de vida y más allá. Es esencial hacer un seguimiento eficaz para velar por el cumplimiento de las normas, pautas y protocolos. Esto incluye una supervisión capacitante continua, el fortalecimiento de los sistemas de referencia y el manejo con responsabilidad, un seguimiento programado, un apoyo que haga hincapié en la atención

primaria de salud y un proceso de auditoría social para validar los resultados.

*Acceso universal a los cuidados de salud*

Es esencial analizar el programa de estudios para la formación en el servicio y la capacitación previa al servicio para evaluar y mejorar la idoneidad de los cursos de capacitación, en particular aquellos relacionados con la atención al recién nacido. Entre las necesidades prioritarias cabría destacar las aptitudes y el conocimiento para los cuidados esenciales del recién nacido, la atención de niños vulnerables como los recién nacidos de bajo peso al nacer y aquellos nacidos de madres seropositivas al VIH/SIDA, y la identificación, atención, cuidados esenciales para el recién nacido enfermo. Debe darse prioridad al conocimiento y las destrezas relacionadas



con el tratamiento eficaz de las infecciones, la asfixia perinatal y la hipotermia (regulación térmica del recién nacido prematuro), que son las principales causas de muerte.

Las políticas y programas de los gobiernos también deben fortalecerse para atender los problemas de educación y empoderamiento de las mujeres. Es fundamental vincular a las organizaciones de mujeres y las organizaciones de desarrollo comunitario, en particular las ONG y las organizaciones religiosas, en intervenciones efectivas y credibilidad en las comunidades con los sistemas públicos de salud para lograr la sinergia necesaria para empoderar a las mujeres, asegurar un amplio apoyo de la familia y la comunidad a las necesidades de salud de la madre y del recién nacido, mejorar la cobertura y la calidad y extender la atención en salud hacia los más marginados. Los grupos marginados incluyen a los pobres de las zonas urbanas y rurales y las poblaciones indígenas y de ascendencia africana.

#### *Enfoque del continuo de la atención*

Es menester mantener en el enfoque del continuo de la atención una perspectiva holística e integradora para tratar el tema de la salud neonatal en el marco de la salud de la madre, el recién nacido y el niño.<sup>49</sup> Esto incluye lo siguiente:

(a) Los cuidados *desde antes del embarazo hasta el puerperio* incluye la atención de la salud de las niñas jóvenes y las mujeres en edad fértil y la orientación para lograr prácticas saludables, planificación familiar y nutrición, incluida la necesidad de administrar suplementos apropiados de ácido fólico. Esto debe vincularse con la atención a la madre en los períodos prenatales, de parto y

postparto y con la atención al recién nacido después del parto. Este enfoque es extremadamente importante dado a la estrecha relación entre la salud de la madre y la del recién nacido.

(b) El continuo de los cuidados del hogar al hospital es un aspecto clave. Habida cuenta de que son muchos los nacimientos y defunciones durante el período neonatal que tienen lugar en el hogar y que además los niños nacidos en establecimientos de salud son dados de alta temprano, es necesario incorporar a la familia y la comunidad. Un gran número de factores tradicionales incide sobre las prácticas familiares, como por ejemplo, dónde y cuándo buscar la atención. De allí que las estrategias de comunicación y movilización comunitaria sean fundamentales para promover prácticas saludables relacionadas con la atención preventiva básica y para motivar la búsqueda de atención apropiada. Estos componentes están cubiertos en el marco del programa de BASICS/CDC/USAID llamado *Pathway to Survival* ('Ruta a la supervivencia').<sup>50</sup> Este modelo incorpora la necesidad de integrar y coordinar la atención que se brinda dentro y fuera del hogar. Sólo alentar a que se busque asistencia no es suficiente y hasta puede conducir a una pérdida de credibilidad si no se observan mejoras en la calidad de los servicios disponibles a nivel de los establecimientos de salud, incluido un mejor apoyo por parte del personal de salud del servicio. Este último se necesita para promover la utilización de los servicios de salud. También resulta beneficioso contar con un vínculo operativo respetuoso entre la comunidad y los establecimientos de salud.



(c) El continuo de *atención de los servicios preventivos a los servicios curativos* es esencial para lograr una mayor reducción de la mortalidad neonatal. Si bien la prevención es importante, los bebés inevitablemente desarrollarán problemas de salud y deberán recibir tratamiento. De hecho, el tratamiento es a menudo la mayor demanda de la comunidad.

Debido a los diversos desafíos presentes, como la insuficiencia de recursos tanto financieros como humanos, la provisión de una atención continua integral puede ser difícil. Por ello, resultaría conveniente priorizar las actividades de acuerdo con los requisitos locales, comenzando con las intervenciones más factibles y ejecutando las otras paulatinamente. De manera análoga, también servirá de apoyo el trabajar con socios que puedan ocuparse de diferentes componentes y traer recursos adicionales.

*Mejorar las aptitudes y competencias de los proveedores de atención de salud*

La Declaración Universal de los Derechos Humanos estipula que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”,<sup>51</sup> mientras que la Convención sobre los Derechos del Niño garantiza el derecho de éste al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Para que los niños puedan alcanzar su más alto nivel de salud, es necesario examinar las responsabilidades y funciones de los proveedores de las atenciones en salud, doctores, enfermeras, obstetras y enfermeras auxiliares, incluidos aquellos que operan en las zonas periféricas (trabajadores de primera línea) para velar porque exista un

grado de competencia en el área de la salud del niño, especialmente del recién nacido. Es fundamental conseguir que los proveedores de salud estén capacitados en el cuidado esencial de emergencia al recién nacido para evitar la mortalidad y prevenir la morbilidad entre los recién nacidos.<sup>52, 53</sup> Los programas de capacitación para los trabajadores de salud que cuidan a los recién nacidos deben enfatizar los siguientes aspectos:

- 1) Control Prenatal, incluida la vacunación antitetánica, la nutrición, preparación para el parto y el nacimiento, planificación de la familia, detección temprana y tratamiento de complicaciones.
- 2) Atención esencial para los recién nacidos sanos, incluida la atención al nacer, como secarlos y abrigo inmediatamente, retrasar el primer baño, fomentar la lactancia materna inmediata y exclusiva sin alimentación preláctea, el cuidado del cordón, atención especial para los niños con bajo peso al nacer y los prematuros, incluido el método de las “madres canguro” y las visitas postnatales tempranas en los tres primeros días de nacimiento con evaluación y atención adecuadas.
- 3) Atención inmediata para el recién nacido enfermo, incluido el tratamiento de la asfixia perinatal, administración de antibióticos para sepsis neonatal y referencia eficaz para los casos problemáticos que requieran atención especializada adicional.
- 4) Atención postnatal, asegurando una evaluación neonatal temprana.
- 5) Conocimientos básicos para emergencias obstétricas y neonatales, incluido el uso de

las incubadoras, aplicaciones intravenosas y transfusiones.

Lo ideal es que las madres y los recién nacidos estén en manos de personal calificado para atender partos, como un doctor, enfermera u obstetrix. Sin embargo, un buen número de servicios en la Región son ofrecidos únicamente por una enfermera auxiliar, y existen comunidades en las cuales los partos a domicilio son comunes. Por lo tanto, es crucial incluir a las parteras tradicionales y los agentes comunitarios de salud, como se indica más adelante en la sección relativa a las intervenciones comunitarias.

La adopción de AIEPI por parte de muchos países de ALC ha proporcionado un marco que puede mejorarse con el fortalecimiento de elementos como el componente del recién nacido, la calidad de la atención de salud y los suministros, el manejo de las infecciones y la determinación del bajo peso al nacer y una mejor atención al nacer.

Aunque los países con las TMN más bajas tienden a mostrar un porcentaje alto de nacimientos asistidos por personal calificado, el simple hecho de contar con obtetrixes calificados no siempre mejora los resultados, como indican la información de algunos países de ALC (apéndice 1). La reducción de la mortalidad neonatal pasa por una mejor capacitación con garantía de calidad y supervisión capacitante, el mejoramiento de la infraestructura, las adquisiciones y el mantenimiento del equipo básico y suministros y medicamentos para la atención preventiva, curativa y de emergencia. Además de las destrezas técnicas necesarias, el tener presente las prácticas culturales locales y un mejor

comportamiento de apoyo y comunicación interpersonal por parte de los proveedores de atención en salud pueden contribuir significativamente a la aceptación de los servicios de salud por parte de las familias.

#### *Mejorar la calidad de la atención hospitalaria al recién nacido*

En los hospitales más grandes, las unidades de cuidados neonatales esenciales y de cuidados intensivos deben prestar mayor atención a la calidad. En particular, estas dependencias deben centrarse en el tratamiento de la asfixia y la prevención de infecciones (especialmente las infecciones nosocomiales), así como en contratar personal competente y adecuado con experiencia en la atención al recién nacido, el uso de equipos y la administración precisa de medicamentos. En los centros más grandes, es menester contar con unidades separadas para atender a los neonatos en riesgo y enfermos. También es importante la selección adecuada de procedimientos y equipos. Debe darse prioridad a procedimientos que sean menos invasivos y, por lo tanto, con menores probabilidades de degenerar en infecciones, así como a equipos que puedan mantenerse y repararse fácilmente. Si bien los equipos como las incubadoras y los respiradores son útiles, su adquisición debe estar a cargo únicamente de las unidades con acceso a los recursos mencionados y con personal capacitado para utilizarlos eficientemente. De lo contrario, pueden generar problemas como infecciones y una mayor mortalidad. Es sumamente importante contar con médicos y enfermeras adecuadamente capacitados y competentes y con equipos apropiados para brindar una atención óptima a los recién nacidos.



**Mejorar la calidad de los servicios a nivel del establecimiento**

- 1) Promover un enfoque integral con el continuo de la atención desde a) antes del embarazo, el embarazo, el parto, postparto, el período neonatal y la niñez; b) del hogar al hospital y c) la atención preventiva a la curativa.
- 2) Planificar y ejecutar medidas para promover la sostenibilidad y la réplica.
- 3) Velar por una capacitación adecuada de los profesionales de la salud junto con la garantía de calidad y supervisión capacitante.
- 4) Promover la adquisición de suministros adecuados y en forma continua (medicamentos y equipos apropiados), en particular para los establecimientos de primer nivel.
- 5) Fortalecer y aplicar un sistema de triaje con la provisión de una atención de calidad apropiada a diferentes niveles con buenos sistemas de referencia y contrarreferencia.
- 6) Promover estrategias de comunicación a nivel del establecimiento dirigidas hacia prácticas familiares clave para mejorar la salud del recién nacido.
- 7) Establecer vínculos funcionales entre el personal calificado para atender partos de los servicios de salud y las parteras tradicionales y otros agentes comunitarios de salud de la comunidad para aumentar las referencias de madres.
- 8) Planificar e iniciar actividades tempranamente para alcanzar metas a largo plazo como:
  - a. El mejoramiento de la educación previa al servicio de médicos, enfermeras, obstétricas y otro personal paramédico.
  - b. Un número mayor de personal calificado competente, especialmente enfermeras y obstétricas disponibles 24 horas al día, que cuenten con el apoyo de los medicamentos, suministros y equipos adecuados y sistemas de referencia eficaces.

*Fortalecer e incorporar al sector privado*

Los médicos y enfermeras en ejercicio privado deberían ser incluidos a las actividades de fortalecimiento de la capacidad resolutive, dado que ellos también pueden participar en la prestación de cuidados para los recién nacidos. En ALC, el personal formal de atención de salud, como los doctores, pueden no haber recibido capacitación obstétrica, por lo que es posible que no tengan todas las competencias requeridas en esta área. El personal calificado puede formarse en atención neonatal y recibir apoyo en forma similar a lo estipulado anteriormente para el sector público.

A nivel de la comunidad, los proveedores privados incluyen también a las personas que venden medicamentos y a algunos médicos tradicionales. Estos pueden capacitarse para promover prácticas saludables, de forma similar a la labor de los agentes comunitarios de salud.

*Mejorar la educación previa al servicio*

La educación en servicio o continua puede ser lenta y costosa. También implica separar al personal de sus labores durante los períodos de capacitación. En consecuencia, este tipo de formación debe reservarse para los cursos

de actualización. Es esencial entonces mejorar la educación pre-servicio de los médicos, enfermeras, obstetras y personal paramédico de manera que, al momento de recibir la calificación o poco después de ello, el personal pertinente tenga competencias y aptitudes en cuidados esenciales del recién nacido. Como mínimo este personal debe tener las siguientes destrezas: atención preventiva básica, reanimación de asfixia perinatal, atención de problemas menores como infecciones, administración de antibióticos, tanto orales como inyectables e identificación de señales de peligro y referencia efectiva.

### *C. Promover las intervenciones comunitarias*

Un número considerable de nacimientos y defunciones de recién nacidos tienen lugar en el hogar. Aun en los partos institucionales, las madres y recién nacidos son dados de alta temprano. Por consiguiente, la participación de la comunidad en la promoción de prácticas saludables (por ejemplo, lactancia materna inmediata y exclusiva, mantener al recién nacido caliente y seco) y una atención temprana y apropiada para detectar cualquier problema son aspectos extremadamente importantes. La Región también debe invertir en planes de preparativos del parto y nacimiento, transporte comunitario y sistemas de vigilancia. El transporte de una madre o recién nacido con problemas a un establecimiento de salud apropiado mejorará los resultados de salud.

#### *Rol de los agentes comunitarios de salud*

La atención comunitaria va más allá de los programas de capacitación de parteras tradicionales e incluye el aumento de la capacidad resolutiva de todos los trabajadores

de salud y voluntarios disponibles, como los promotores de salud, las parteras tradicionales y otros actores sociales como los maestros, los miembros de grupos juveniles y sindicatos, de acuerdo con su nivel de comprensión. Las intervenciones deben incluir estrategias de comunicación y movilización comunitaria que promuevan prácticas saludables y aumenten el uso apropiado de los servicios de salud existentes. La atención comunitaria es importante en todos los países y regiones, pero es fundamental dar un mayor énfasis y lograr una mayor participación de los agentes y voluntarios de salud de la comunidad, incluidas las parteras tradicionales, en zonas de difícil acceso, dado que estas áreas por lo general no tienen cobertura de otros servicios de salud. Las parteras tradicionales han estado presentes en las comunidades desde hace mucho tiempo y tienen una estrecha relación y credibilidad con muchas familias. Mediante la movilización comunitaria y estableciendo un buen vínculo con las parteras tradicionales, los agentes comunitarios de salud se pueden notificar con prontitud cualquier nuevo nacimiento. Esto puede promover las visitas postnatales tempranas a domicilio.

En los lugares donde miembros de la familia sin formación en tales menesteres se encargan de atender el parto, se presentan desafíos obvios a la hora de responder a complicaciones del nacimiento y problemas neonatales. Con respecto a la búsqueda de atención apropiada, las madres podrían sentirse incómodas para recibir atención de parte de trabajadores de salud formales; también puede ocurrir que las prácticas culturales inhiban la búsqueda de atención neonatal y postparto. Existe un interés creciente en establecer relaciones entre las parteras tradicionales y obstetras calificadas recurriendo a las últimas para detectar señales



de peligro e instituir la referencia temprana de los casos con problemas. La promoción de prácticas clave en la atención de la madre y el recién nacido y la difusión de información general para la comunidad deben ir de la mano con el fomento del uso de los servicios de salud. También puede darse en el hogar las técnicas de reanimación.<sup>54</sup>

#### *Movilización social y comunitaria*

La participación comunitaria y el compromiso de la familia son fundamentales para el cuidado materno y neonatal. Las ONG, las organizaciones religiosas, las autoridades civiles y los servicios de salud locales pueden cumplir funciones importantes en la movilización comunitaria y el aumento de la capacidad de los grupos comunitarios. Los grupos de mujeres que han recibido capacitación en atención materna y neonatal son reconocidos por sus funciones de promoción y fomento de una atención apropiada. También se ha destacado el papel que juegan las abuelas en la promoción del cambio de comportamiento en la comunidad.<sup>55</sup>

También se requiere la participación del hombre en la movilización comunitaria. La participación de los hombres es particularmente necesaria para facilitar el empoderamiento de las mujeres, compartir las tareas de atención de la salud y organizar el transporte de urgencia. Los grupos comunitarios también pueden desempeñar una función beneficiosa al establecer redes de apoyo en caso de emergencia. El acceso al transporte puede representar la diferencia entre la vida y la muerte para las mujeres y los recién nacidos que corren algún riesgo o tienen alguna complicación.

Es necesario implementar el manejo de la atención en el hogar o la comunidad de al menos algunos de los problemas neonatales si no es posible proceder con la referencia, especialmente en situaciones donde el acceso geográfico a los servicios de salud es la barrera principal para recibir una atención oportuna.

La adopción de prácticas saludables, como tener acceso al control prenatal y la atención calificada del parto, la lactancia materna inmediata y exclusiva y la búsqueda de atención apropiada para los problemas neonatales, es fundamental para mejorar la atención tanto a nivel de la comunidad como de los establecimientos de salud.

Las estrategias que son útiles para lograr prácticas saludables son las siguientes:

*Comunicación interpersonal:* Los agentes comunitarios de salud, los voluntarios sanitarios y el personal de los establecimientos de salud pueden transmitir los mensajes clave con eficacia. Para ello resultaría útil fortalecer las destrezas en comunicación y negociación y mensajes cortos, esenciales y claros. Al igual que con la capacitación, la garantía de calidad, la supervisión capacitante y el seguimiento son esenciales. Las estrategias de comunicación a nivel de los establecimientos de salud pueden ser más complicadas, ya que el personal tiende a participar más en la prestación de la atención médica y menos en la educación sanitaria. Sin embargo, el recurrir a trabajadores de la comunidad establecidos y bien capacitados en los establecimientos periféricos o el designar a un trabajador de salud específico por rotación para transmitir los mensajes puede reducirles la carga.

**Métodos tradicionales:** En algunas comunidades, los métodos tradicionales como el teatro de la calle y los títeres, son útiles y aceptados para transmitir información importante.

**Medios masivos de comunicación:** Además de los métodos anteriores, el uso de los medios

de comunicación puede ser una herramienta valiosa para transmitir ampliamente mensajes clave; sin embargo, el elevado costo de esta estrategia constituye un problema. Se recomienda conseguir el apoyo del gobierno para subsidiar el costo y motivar la participación de donantes.

#### Apoyar las intervenciones comunitarias y las estrategias de comunicación

1. Fortalecer las capacidades de los agentes comunitarios de salud, parteras tradicionales y otros actores involucrados, con garantía de la calidad y supervisión de apoyo.
2. Aplicar estrategias de comunicación para promover prácticas saludables (véase sección sobre comunicación).
3. Promover estrategias de movilización social y comunitaria para lograr una participación activa de los líderes civiles y religiosos, grupos conformados por mujeres, abuelas, jóvenes y hombres para promover la adopción de prácticas saludables y satisfacer necesidades específicas como planes de preparación para el parto y el seguro, redes de transporte y dinero.
4. Establecer y fortalecer vínculos entre la comunidad y el establecimiento de salud.
5. Implementar alternativas apropiadas de manejo de casos en el hogar y comunidad cuando no es posible la referencia.
6. Formular mensajes sencillos priorizados para promover prácticas saludables clave.
7. Negociar y transmitir mensajes mediante varias estrategias, entre ellas la comunicación interpersonal, métodos tradicionales y otros medios de difusión apropiados.
8. Explorar alternativas de subsidiar los costos para usar los medios masivos de comunicación.

#### D. *Desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación*

El monitoreo y la evaluación a todos los niveles son elementos clave para la planificación de los sistemas de salud, la prestación de servicios y los sistemas de información de salud. Tener

una mayor capacidad para evaluar los efectos y supervisar el desempeño es un factor crucial para reducir la mortalidad neonatal, mitigar la vulnerabilidad y mejorar la salud del neonato. La formulación de metas intermedias factibles es una prioridad clave en el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación.



Para poder seguir el progreso de los programas y las intervenciones relacionados con la salud neonatal, es fundamental poner en marcha mecanismos de seguimiento y evaluación para documentar los resultados y evaluar, tanto el servicio de atención como la respuesta de la comunidad. También es importante vigilar si se han ejecutado las políticas públicas previstas. Un sistema de seguimiento efectivo también ayuda a detectar obstáculos y problemas de equidad en cuanto al acceso a servicios de calidad. El seguimiento debe ser parte integral de la puesta en práctica de los programas, y el análisis de la información para la toma de decisiones debe formar parte de la cultura de trabajo del personal de salud. Deben establecerse sistemas de monitoreo y evaluación para contribuir a la visibilidad y la cobertura de los grupos vulnerables o marginados en relación con los servicios de salud.

El establecimiento o fortalecimiento de sistemas de registro de datos vitales, como el registro de nacimientos (con peso al nacer), registro de mortinatos y fallecimientos de neonatos (con edad al morir), es un paso fundamental para el desarrollo de sistemas de seguimiento y evaluación. Estos sistemas deben, como mínimo, permitir hacer un registro exacto y oportuno, notificar los resultados y proporcionar información para evaluar la cobertura del servicio, su calidad y la respuesta de la comunidad. Como el seguimiento es también un componente esencial de la planificación y ejecución de los programas, el análisis de datos para la toma de decisiones operativas debe formar parte de las descripciones de cargo del personal de salud. Por este motivo, es esencial elaborar un paquete mínimo de indicadores estándar que sean factibles de recolectar. Además, la

información debe analizarse regularmente a niveles clave para vigilar los resultados y planificar y ejecutar cambios para promover el logro de las metas y los resultados definidos.

Entre las maneras de fortalecer y mejorar el sistema de salud para y mediante la recopilación y el análisis de información podrían mencionarse las siguientes: implantar el registro obligatorio de los recién nacidos y la notificación de las mortalidades y defunciones de recién nacidos, formular políticas basadas en la evidencia para la definición de prioridades, lograr un financiamiento fiable para intervenciones esenciales mediante asignaciones presupuestarias predecibles, garantizar la idoneidad del desarrollo de los recursos humanos, lograr eficiencia en la cadena de producción y distribución y los sistemas logísticos y garantizar el acceso gratuito a una canasta esencial de servicios de salud.

Los métodos de evaluación, como el análisis de casos, las auditorías perinatales y la autopsia verbal, han sido útiles en la detección de problemas de salud neonatales relacionados con el suministro de servicios de salud y la demanda de dichos servicios por parte de la comunidad. Aunque cada método tiene sus ventajas, debe tenerse el cuidado de incluir a los proveedores de atención y la comunidad y elegir la tecnología apropiada para la situación local.

Lo ideal sería registrar y pesar a los recién nacidos al nacer. Los registros del peso al nacer ayudan a vigilar eficazmente la aparición de recién nacidos de bajo peso al nacer. Actualmente esta información está disponible sobre todo para los nacimientos institucionales (véase apéndice 1). El análisis reciente de las medidas que en materia de salud del niño



se han tomado en todo el mundo también sugiere dar seguimiento a la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, aunque esto requiere dar seguimiento hasta la lactancia.<sup>56</sup> Por lo tanto, si bien se cuenta con un gran número de indicadores,<sup>57, 58</sup> en la práctica es esencial limitarlos a unos pocos clave cuya recopilación resulte factible.

Los países han venido aprovechando las encuestas externas de demografía y salud y las encuestas de salud materno infantil que se realizan sistemáticamente en todos los países de la Región. Sin embargo, los países y ministerios de salud tienen que mejorar sus propios sistemas rutinarios de recopilación de

información incorporando no sólo indicadores neonatales y estadísticas vitales críticos, sino también mejorar la capacidad para el uso apropiado de la información a nivel local y distrital.

Los sistemas de vigilancia comunitaria tienen como finalidad integrar a la comunidad y los actores sociales para generar procesos dinámicos y recopilar, analizar y responder con hechos concretos a los problemas de salud observados. Para una comunidad, el acto mismo de registrar sucesos de morbilidad y mortalidad puede ser una herramienta potente para concentrar la atención en la salud materna y neonatal.

#### Promover estrategias clave para el monitoreo y la evaluación

- 1) Algunos indicadores prioritarios, clave y factibles, como por ejemplo:
  - (a) tasa de mortalidad neonatal.
  - (b) tasa de mortinatos: diferenciando preferentemente entre mortinatos nuevos y mortinatos macerados, ya que algunos de los mortinatos nuevos pueden evitarse y algunos son en realidad muertes tempranas de recién nacidos.
  - (c) % de nacimientos atendidos por personal calificado.
  - (d) % de nacimientos en establecimientos de salud.
  - (e) % de madres embarazadas que reciben dos o más visitas de atención prenatal.
  - (f) % de recién nacidos amamantados dentro de la primera hora de nacido.
  - (g) % de recién nacidos amamantados exclusivamente en el primer mes.
  - (h) % de bebés que reciben atención postnatal en los tres primeros días.
  - (i) % de comunidades con planes de transporte para emergencias.
  - (j) % de mujeres que tienen acceso al control prenatal con un plan de preparación para el parto y nacimiento seguro.
- 2) Promover el seguimiento continuo de las estadísticas vitales por parte de las autoridades locales y los gobiernos.
- 3) Además de la recopilación de datos rutinariamente en los centros nacionales, promover el análisis y uso de los datos locales para mejorar los servicios con la participación de los líderes de la comunidad.
- 4) Los sistemas de seguimiento también deben incorporar mecanismos para lograr que los grupos pobres y marginados estén cubiertos.
- 5) Desarrollar sistemas de vigilancia comunitaria con planes de acción de la comunidad.

## 5. Implicaciones financieras

El informe de la OMS 2005, *¡Cada madre y cada niño cuentan!*, recalcó que “más de 6 millones de niños pueden salvarse con una atención de salud sencilla”.<sup>59</sup> En la serie de estudios titulada *Bellagio Child Survival* se afirma que si se incrementase la cobertura de las intervenciones basadas en la evidencia, podría evitarse 63% de todas las defunciones de niños menores de un año y entre 35% y 55% de las defunciones de recién nacidos.<sup>60</sup> Este análisis también indica que estas intervenciones podrían cubrir 90% de las mujeres y recién nacidos con apenas US\$1 per cápita.

Es esencial que los países de ALC asignen recursos en sus presupuestos nacionales y locales para la ejecución de sus intervenciones previstas. Además, los organismos de cooperación internacional también deben designar fondos para dar mayor viabilidad a los esfuerzos de los países.

La nueva Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño es

prueba de que los organismos internacionales como USAID, OPS/OMS, UNICEF y el Banco Mundial están comprometidos con la reducción de las defunciones de menores de un año y recién nacidos. Esto brinda la oportunidad de crear órganos coordinadores, tanto a nivel nacional como regional, para la asistencia técnica y financiera.



Vasili Anastasov

*Darle al bebe mucho amor y cariño*

## 6. Próximos pasos

Un documento de estrategia regional como este resulta de utilidad sólo si se aplica a nivel de cada país y se reduce la mortalidad y morbilidad neonatal. Cada país deberá determinar cuáles son las medidas más apropiadas para poder progresar hacia el logro de los ODM 4 y 5. A continuación se formulan algunas sugerencias que los países podrían considerar como próximos pasos para continuar avanzando.

- 1) Examinar los componentes clave de la estrategia regional y elaborar una versión adaptada que pueda aplicarse en el país ajustada a los requisitos locales.
  - c. articulación con socios que trabajan a nivel de gobierno, los establecimientos de salud y la comunidad en los sectores público y privado.
- 2) Trabajar con socios en:
  - a. la conformación de un grupo de trabajo o comité nacional con socios claves interesados en la salud del recién nacido, incluidos representantes del gobierno, otros aliados clave, ONG, organizaciones religiosas, asociaciones profesionales y otras organizaciones.
  - b. la formación de grupos de trabajo más pequeños para ocuparse de componentes específicos, como el fortalecimiento de la capacidad de resolución con garantía de la calidad, supervisión capacitante, manejo comunitario de la salud, estrategias de comunicación, seguimiento y evaluación.
- 3) Elaborar un plan de trabajo para mejorar la salud del recién nacido en el marco de la salud materno infantil durante un período definido.
- 4) Definir un paquete de intervenciones factibles y prioritarias para comenzar en la fase inicial, como los dos primeros años.
- 5) Definir el presupuesto requerido para ejecutar las actividades planificadas, determinar fuentes apropiadas de fondos y hacer abogacía y emprender las acciones apropiadas para obtener los recursos del gobierno nacional y a través de otros aliados.



## Apéndice 1

### Mortalidad neonatal y materna, partos asistidos por personal calificado y niños con bajo peso al nacer en países seleccionados de ALC, 1994-2000

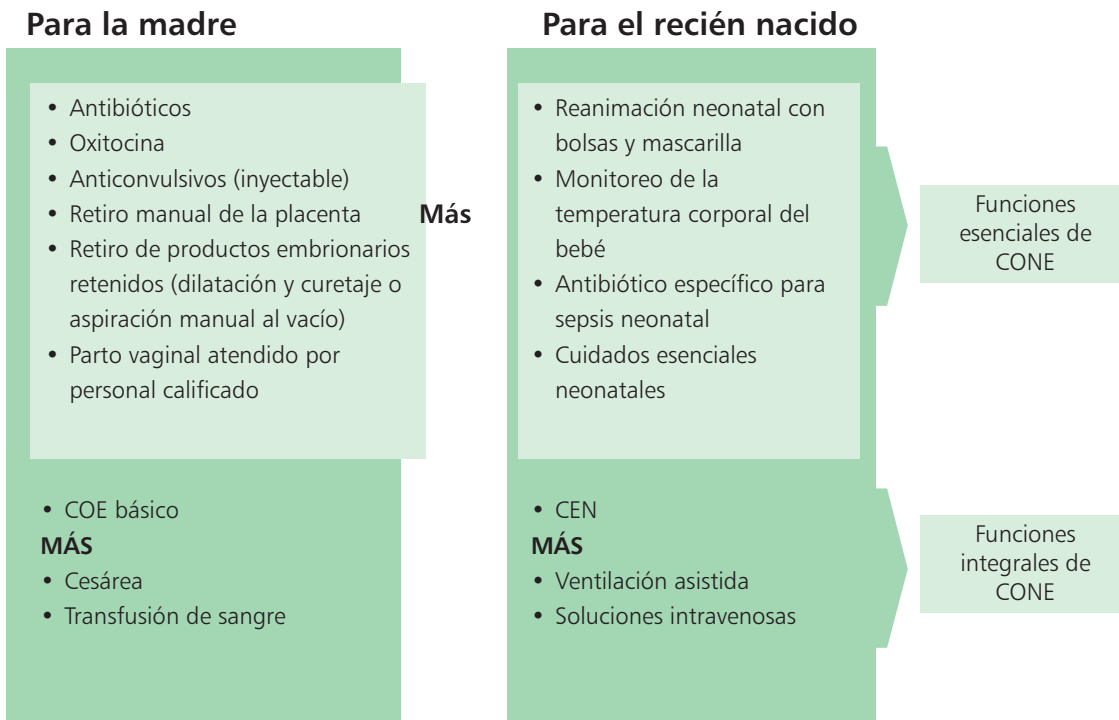
Pais	Tasa <sup>a</sup> de mortalidad neonatal	Tasa <sup>a</sup> de mortalidad perinatal	Razón de mortalidad materna (100.000 n.v.) <sup>b,d,e</sup>	% de partos asistidos por personal calificado <sup>b</sup>	% de bebés con bajo peso al nacer <sup>c</sup>
Escenario 1: TMN 20 ó más					
Haití	34	54	523	24,2	21
Bolivia	27	31	230	60,8	7
Guyana	25	40	123,3	94	12
Escenario 2: TMN 15-19					
República Dominicana	19	28	91,7	97,8	11
Guatemala	19	23	77,7	31,4	12
Surinam	18	30	n/a	90	13
Honduras	18	28	108	62	14
Nicaragua	18	23	87,3	77,2	12
Ecuador	16	20	76,4	78,6	16
Perú	16	20	185	71,1	11
Paraguay	16	20	174,1	85,9	9
El Salvador	16	20	173	79	7
Brasil	15	20	64,6	96,6	10
México	15	22	62,4	93,4	8
Escenario 3: TMN menos de 15					
Colombia	14	23	77,8	95,7	9
Trinidad y Tobago	13	26	67 <sup>d</sup>	99,6	23
Venezuela	12	18	57,8	99,7	9
Panamá	11	15	43	91,3	10
Argentina	10	14	40,1	99,1	8
Jamaica	10	17	95	95	10
Barbados	8	17	n/a <sup>b</sup>	100	10
Uruguay	7	14	51 <sup>d</sup>	99,3	8
Costa Rica	7	13	36,3	97,5	7
Chile	6	8	17,3	99,8	5
Cuba	4	14	52,2	99,9	6

Fuentes:

- OMS. Neonatal and Perinatal Mortality. Country, Regional and Global Estimates 2006. Tomado el 07/12/06 de [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/publications/neonatal.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/neonatal.pdf)
- OPS/OMS, Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos, 2006. Tomado el 07/27/06 de [https://intranet.paho.org/DD/AIS/INDICADORES2006\\_SPA.PDF](https://intranet.paho.org/DD/AIS/INDICADORES2006_SPA.PDF)
- UNICEF. State of the world's children 2006. Consultado el 07/27/06 en [http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06\\_fullreport.pdf](http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06_fullreport.pdf)
- Saving Newborn Lives. State of the World's Newborns 1995-2000. Save the Children. Washington, D.C.
- OMS. Mortalidad materna en 2000: Cálculos realizados por OMS, UNICEF, FNUAP. Tomado de [http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal\\_mortality\\_2000/mme.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf)

## Apéndice 2

Figura 1 Cuidado Obstétrico y neonatal esencial e integral



COE: Cuidado obstétrico esencial  
CEN: Cuidado esencial neonatal  
CONE: Cuidado obstétrico y neonatal esencial

## Referencias

- Behrman J, Gaviria A, Székely M eds. Social exclusion in Latin America and the Caribbean: Perception, reality and implications. En: *Who's In and Who's Out*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño cuentan! Ginebra: OMS, 2005.
- Haws R, Winch PJ, Castillo J. Innovative community-based interventions to improve newborn health in Latin American and the Caribbean: The CORE Group, 2004.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Situación de salud - Bolivia 2004. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2004. [[http://www.sns.gov.bo/asis/ASIS\\_2004\\_v62.pdf](http://www.sns.gov.bo/asis/ASIS_2004_v62.pdf), consultado el 11/25/2006]
- HAÏTI: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2000 (EMMUS-III). Pétienville, Haïti: l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE); 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño cuentan! Ginebra: OMS, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC: OPS, 2002. [<http://www.paho.org/english/gov/csp/csp26-14-e.pdf>, accessed 11/1/2006]
- Asamblea General de las Naciones Unidas. 55/2. Declaración del Milenio, 2000. [[www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm](http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm), consultado el 12/1/2006]
- Organización Mundial de la Salud. Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions: 58th World Health Assembly. Geneva: WHO, 2005.
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborns babies can we save? *Lancet* 2005; 365 (9463):977-988.
- Costa AM, Guilhem D, Walther MI. Prenatal care within Brazil's unified health system. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39:768-774.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas: Indicadores básicos 2004. PAHO/AIS/04.0. Washington, DC: OPS, 2004.
- Indicadores de salud: Elementos básicos para el análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*. 2001;22(4):1-5.
- Organización Mundial de la Salud. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates. Ginebra: OMS, 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimate. Ginebra: OMS, 2006.
- Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006;367 (9521):1487-1494.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Grupo asesor técnico AIEPI (GATA): Informe de la cuarta reunión. Washington, DC: PAHO, 2004.
- Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006;35:706-718.
- Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): Contribución al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington, DC: PAHO, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de la mortalidad infantil en las Américas, 1990-2002: Monitoreando el progreso hacia los ODM. *Boletín epidemiológico*. 2004;25(2):4.
- Save the Children. State of the world's newborns. Washington, D.C.: Saving Newborn Lives, Save the Children; 2001.
- Darmstadt GL, Lawn JE, Costello A. Advancing the state of the world's newborns. *Bull World Health Organ*. 2003;81:224-225.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas, Indicadores básicos. 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de indicadores básicos: Área de análisis de salud y sistemas de información (AIS). Washington, DC: OPS/AIS, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de indicadores básicos: Área de análisis de salud y sistemas de información (AIS). Washington, DC: OPS/AIS, 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimate. Ginebra: OMS, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC: OPS, 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño cuentan! Ginebra: OMS, 2005.

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

30. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborns babies can we save? *Lancet* 2005; 365 (9463):977-988.
31. Haws R, Winch PJ, Castillo J. Innovative community-based interventions to improve newborn health in Latin American and the Caribbean: The CORE Group, 2004.
32. BASICS/ Organización Panamericana de la Salud. Selected annotated bibliography on newborn health: evidence based information for developing country programs including public health aspects. Arlington, VA: BASICS II/USAID, 2004.
33. Zulfiqar AB, Darmstadt GL, Ransom EI. Using evidence to save newborn lives. Policy Perspectives on Newborn Health. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2003.
34. ACCESS Program. 2005. Household - to Hospital Continuum of Maternal and Newborn Care. JHPIEGO/ ACCESS Program: Blatimore MD
35. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2004. [<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR174/PEO4FR.pdf>. Consultado el 10/28/2006]
36. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia: Encuesta nacional de demografía y salud: Salud materno-infantil y salud mental y física de hombres y mujeres. La Paz: ENDSA, 2004. [<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR159/00FrontMatter.pdf>. Consultado el 10/28/2006]
37. Bang AT, Reddy HM, Deshmukh MD, Baitule SB, Bang RA. Neonatal and infant mortality in the ten years (1993 to 2003) of the Gadchiroli field trial: effect of home-based neonatal care. *J Perinatol*. 2005; 25 Suppl 1:S92-107.
38. Bang AT, Reddy HM, Deshmukh MD, Baitule SB, Bang RA. Neonatal and infant mortality in the ten years (1993 to 2003) of the Gadchiroli field trial: effect of home-based neonatal care. *J Perinatol*. 2005; 25 Suppl 1:S92-107.
39. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del recién nacido y del niño pequeño. Ginebra: OMS, 2003. [[http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf). Consultado el 06/20/2006]
40. Haws R, Winch PJ, Castillo J. Innovative community-based interventions to improve newborn health in Latin American and the Caribbean: The CORE Group, 2004.
41. Haws R, Winch PJ, Castillo J. Innovative community-based interventions to improve newborn health in Latin American and the Caribbean: The CORE Group, 2004.
42. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Área de salud familiar y comunitaria (FCH). Análisis de situación, 2004.
43. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS, 2003.
44. Perez-Escamilla R. Effectiveness of MADLAC at improving breastfeeding promotion and counseling indicators in maternity wards in El Salvador: Arlington, VA: BASICS II/USAID, 2004.
45. Organización Panamericana de la Salud. *Boletín Epidemiológico*. 2004
46. Organización Panamericana de la Salud. Segundo Comité Asesor Técnico sobre VIH/SIDA/ITS: Iniciativa 3 por 5 en las Américas. OPS, 2006. [[http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/3\\_by\\_5\\_Regional\\_Report\\_English.pdf](http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/3_by_5_Regional_Report_English.pdf), versión html consultada el 12/2/2006].
47. Organización Panamericana de la Salud / CAREC. HIV Status and Trends, 2004.
48. Organización Panamericana de la Salud. Segundo Comité Asesor Técnico sobre VIH/SIDA/ITS. 2006.
49. Tinker A, ten Hoop-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. *Lancet* 2005;365 (9462):822-825.
50. Waldman R, Campbell CC, Steketee RW. Overcoming remaining barriers: the pathway to survival. Arlington, VA: BASICS, 1996.
51. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Ginebra: Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948. Consultada el 11/12/2006 en <http://www.un.org/Overview/rights.html>.
52. Waldman R, Campbell CC, Steketee RW. Overcoming remaining barriers: the pathway to survival. Arlington, VA: BASICS, 1996.
53. Sibley LM, Sipe T. Traditional birth attendant training effectiveness- a meta-analysis: SARA Project/AED/ USAID, 2002.
54. Buffington S, Sibley L, Beck D, Armsbruster D. Home based life saving skills where home birth is common. MD, USA: American College of Nurse Midwives, 2003.
55. Aubeil J, Ibrahima T, Mamadou D, Lazin K, Sene HA, Faye Y, Tandia M. Strengthening grandmother networks to improve community nutrition: experience from Senegal. *Gender and Development* 2001; 9 (2):62-73.
56. Horton R. The coming decade for global action on child health. *Lancet* 2006; 367 (9504):3-5.
57. Haws R, Winch PJ, Castillo J. Innovative community-based interventions to improve newborn health in Latin American and the Caribbean: The CORE Group, 2004.
58. CORE. Maternal and newborn standards and indicators compendium. Washington, DC: Safe Motherhood and Reproductive Health Working Groups/CORE Group, 2004.
59. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño cuentan ! Ginebra: OMS, 2005.
60. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362 (9377):65-71.







