OPS/FCH/CH/09-01.E

Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño

48º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud
60ª Sesión del Comité Regional

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Al documento aprobado por el 48o Consejo Directivo se le han incluido 8 figuras elaboradas por el Área de Salud del recién Nacido, Niño y Joven y Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CH) y el prólogo de la Directora.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant No. 002122. Los conceptos y opiniones expresadas corresponden al documento aprobado por el 48° Consejo Directivo de la OPS, y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.

OPS/FCH/CH/09-01.E

Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño

48º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud
60ª Sesión del Comité Regional

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

aiepi

Salud del Recién Nacido, Niño y Joven
Área de Salud Familiar y Comunitaria

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Contenido

Prólogo [7]

Introducción [8]

Mandatos e iniciativas globales [10]

Análisis de la situación en América Latina y el Caribe [12]

Intervenciones en la Región de América Latina y el Caribe [15]

Enfoque del continuo del cuidado madre, recién nacido y niño [18]

Plan de acción [19]

El rol de la Organización Panamericana de la Salud [29]

Referencias [30]

Anexos

Anexo A. Tasas de mortalidad neonatal y materna, partos atendidos por personal calificado y porcentaje de recién nacidos de bajo peso al nacer [32]

Anexo B Competencias del personal de salud comunitario y actividades para la familia y la comunidad [33]

Anexo C Elementos clave para un proceso continuo y en funcionamiento del sistema de atención [34]

Anexo D Distintos tipos de atención necesaria antes, durante y después del embarazo, y los diferentes niveles de participación desde la familia hasta el establecimiento sanitario [36]

Resolución CD48.R4, Rev. 1 [38]

Se estima que en la Región de las Américas más de 20,000 madres mueren durante el embarazo y el parto y más de 200,000 recién nacidos mueren en los 28 días seguidos al nacimiento.

Prólogo

Se estima que en la Región de las Américas más de 20,000 madres mueren durante el embarazo y el parto y más de 200,000 recién nacidos mueren en los 28 días seguidos al nacimiento. La mayoría de estas muertes ocurren en la primera semana de vida, en poblaciones rurales y en pueblos indígenas, que disponen de acceso limitado a los servicios de salud y en pueblos indígenas. El 85% de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer y a la prematurez y a otras causas prevenibles como la asfixia perinatal y las infecciones.

Los esfuerzos realizados por los países de la Región han logrado mejorar los índices de salud materna e infantil, sin embargo, el avance ha sido lento en la reducción de las muertes neonatales, las cuales representan actualmente más del 75%, constituyéndose en un obstáculo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 para el año 2015.

El 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la resolución *"Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño"* y se propone apoyar a los Estados Miembros en la elaboración de estrategias y planes de acción nacionales, encaminados a reducir la mortalidad materna y neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención materna, recién nacido y la salud infantil.

El plan de acción que le presentamos en esta oportunidad aborda las inequidades persistentes, centrándose en los grupos más marginados, al tiempo que propone estrategias de cooperación técnica y métodos diferenciados para responder a situaciones diversas en los países, y constituye la base de las estrategias y planes de acción futuro de la Organización Panamericana de la Salud en cuanto a la salud del recién nacido.

Mirta Roses Periago
Directora
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

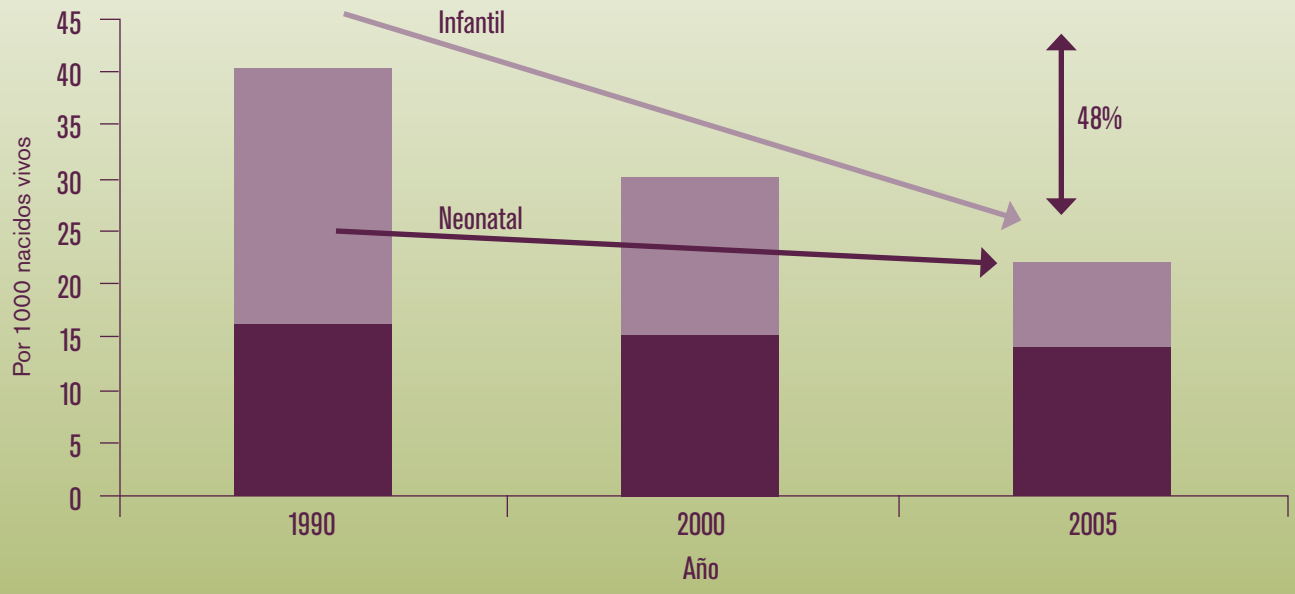
Introducción

Durante los últimos 10 años, la Región de América Latina y el Caribe (ALC) ha realizado considerables avances en la reducción de la mortalidad post-neonatal (infantil y la de niños menores de 5 años); sin embargo, el descenso de la mortalidad neonatal no ha acompañado la velocidad de esta tendencia.

La Región ALC se caracteriza por presentar grandes diferencias en términos de indicadores de salud entre los países y enormes inequidades al interior de los mismos.

La mayor parte de los países de la Región necesitan acelerar la reducción de la mortalidad neonatal, para que se logre cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con reducir la mortalidad de la niñez. La Figura 1 muestra que la mortalidad infantil se ha reducido de 1990 al 2005 en un 48% a expensas de la mortalidad post-neonatal, sin embargo la tendencia de la mortalidad neonatal revela que los avances son lentos.

Figura 1 ◢ Evolución de la mortalidad infantil y neonatal en la Región de las Américas por período de tiempo



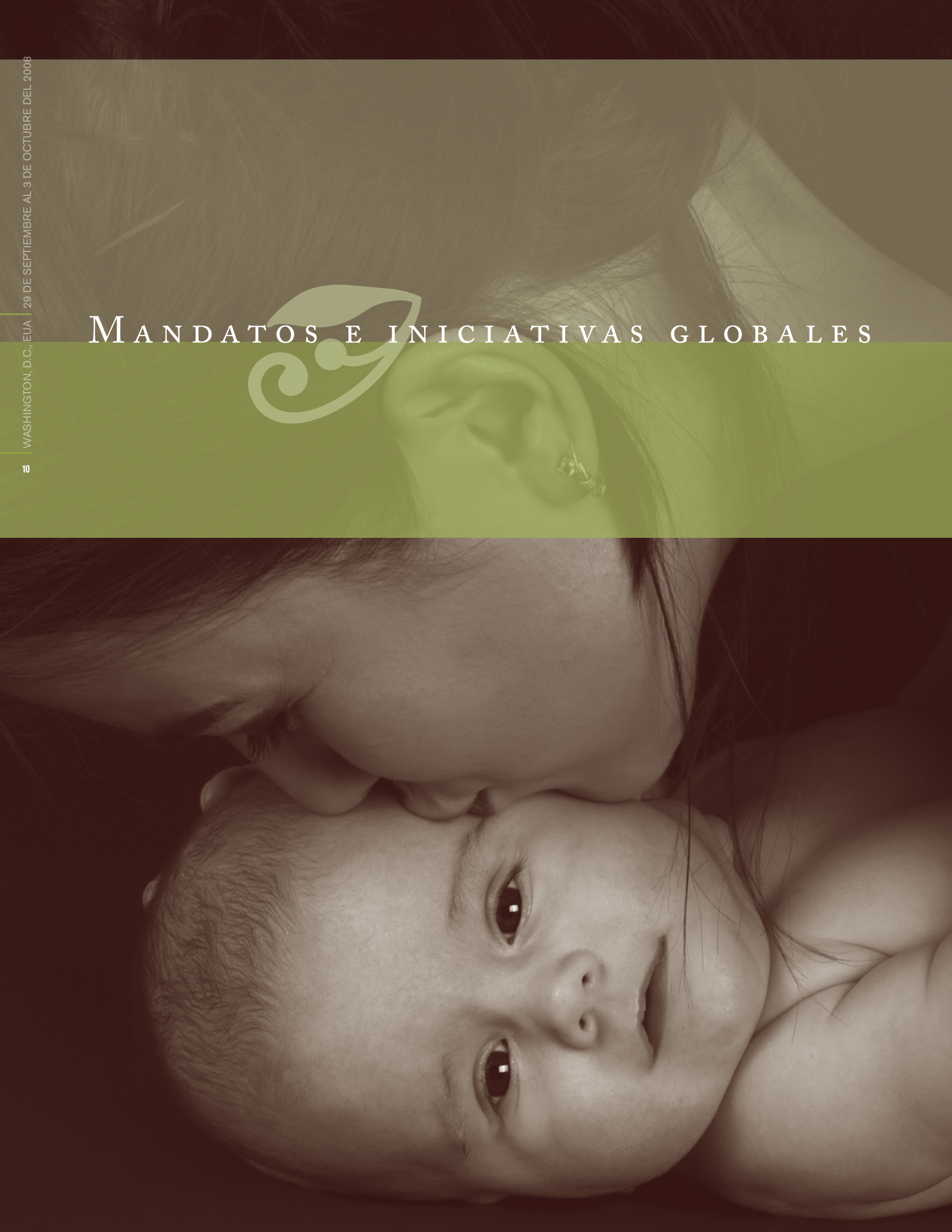
Fuente: Estimaciones de FCH/CA con base de datos de HA-OPS, 2006

En la actualidad, se conocen intervenciones simples, de alto impacto, bajo costo y basadas en evidencia científica sólida, la cuales podrían mejorar la salud neonatal aún en los entornos más postergados. Lamentablemente, estas intervenciones todavía no han alcanzando a los más necesitados.

Como respuesta a esta problemática, la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado y coordinado un proceso consultivo en el cual, junto con organizaciones aliadas y representantes de casi todos los países de la Región, se ha analizado el estado de la salud neonatal en la Región y se han propuesto alternativas de intervención. Uno de los productos de este proceso ampliamente participativo, es el documento "Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe: Un Consenso Estratégico Interinstitucional" (OPS/ UNICEF/ USAID/ ACCESS/ BASICS/ CORE/Save the Children), que constituye la base para la formulación de la Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño, 2008-2015.

El presente documento tiene la finalidad de brindar insumos técnicos, tanto operativos como estratégicos, que apoyen el desarrollo y ejecución de planes operativos a nivel de los países. De esta manera, se da respuesta a la resolución CD47.R19, La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, aprobada por el Consejo Directivo en el año 2006.

Mandatos e iniciativas globales



El lanzamiento de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio (*Naciones Unidas 2000), que representan las metas sanitarias y de desarrollo humano a ser alcanzadas hasta el año 2015, probablemente sea la iniciativa más importante, en el campo social, de la historia de la humanidad. Todas las naciones miembros de las Naciones Unidas, entre ellas los gobiernos de América Latina y el Caribe, se han comprometido formalmente a alcanzar los ocho Objetivos que están vinculados entre sí y son sinérgicos, la mitad de los cuales tienen que ver, de manera directa o indirecta, con distintos aspectos de la salud pública. El cuarto objetivo compromete a la comunidad internacional a reducir en dos tercios la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad entre 1990 y 2015 (Naciones Unidas, 2000).

La declaración de Delhi sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño, en abril del 2005, hace un llamado a la acción, para que los países desarrollen acciones orientadas a salvar la vida de las madres, los recién nacidos y los niños. En este sentido, recomienda a los países, que orienten sus planes de desarrollo y presupuestos nacionales y subnacionales hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil y, por otra parte, recomienda a las organizaciones multilaterales, socios bilaterales, fundaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales, que colaboren con los países.

El 12 de septiembre del 2005, se lanza oficialmente la *Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño.* Esta alianza refleja el creciente interés y atención mundial en relación al tema. Su objetivo es armonizar e intensificar actividades a niveles nacional, regional y mundial, que apoyen el logro de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio relativos a la salud de la madre, el recién nacido y el niño.

A nivel regional, a partir de abril del 2005, se ha establecido la Alianza a Favor de la Salud Neonatal en América Latina y el Caribe durante un taller realizado en Washington, D.C., con motivo del Día Mundial de la Salud. En dicha ocasión los representantes de los ministerios de salud de 16 países exploraron las distintas acciones para mejorar la salud perinatal y neonatal.

ESTRATEGIAS REGIONALES

La OPS/OMS ha elaborado varias estrategias clave, puesto en marcha diversas iniciativas y ha aprobado varias resoluciones por sus respectivos Cuerpos Directivos, tales como:

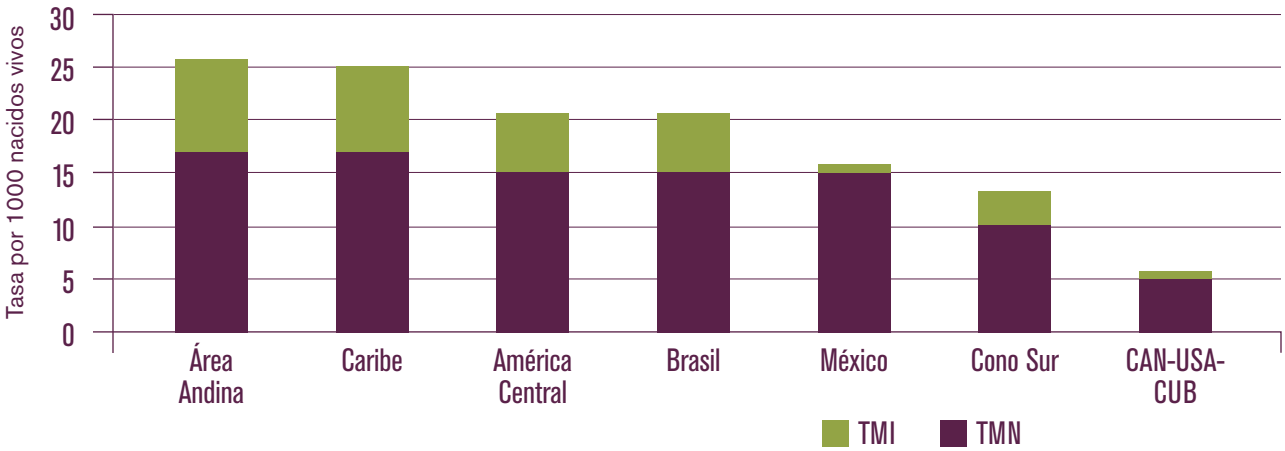
- Resolución CSP26.R13, Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna (2002);
- Resolución CD45.R3, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud (2004);
- Resolución WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (2005);
- Resolución CD46.R16 sobre la Política de la OPS en materia de igualdad de género (2005);
- Resolución CD47.R19, La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (2006);
- Resolución CE138.R2 Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo (2006);
- En 1970 se creó el Centro Latinoamericano de Perinatología, actualmente unido a la Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) con el fin de orientar la cooperación técnica hacia los países latinoamericanos y el desarrollo de tecnologías apropiadas para mejorar la atención perinatal.

Análisis de la situación en América Latina y el Caribe

La magnitud de la problemática neonatal

Cada año, en la Región ALC, mueren más de 200.000 bebés, durante los primeros 28 días de vida. El promedio regional de la tasa de mortalidad neonatal, es de 14 por cada 1.000 nacidos vivos (OPS, 2008). Este promedio esconde enormes diferencias entre países, que va desde 9,7 por mil nacidos vivos en el cono sur hasta 18.3 en el Caribe latino. Por otra parte, la tasa de mortalidad perinatal es en promedio de 21,3 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa más del 75% de la mortalidad infantil y casi el 40% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad. La Figura 2 muestra que las muertes neonatales representan en algunas regiones más del 85% de la mortalidad infantil.

Figura 2 ◢ Tasas de mortalidad infantil y neonatal en las Américas separada por regiones

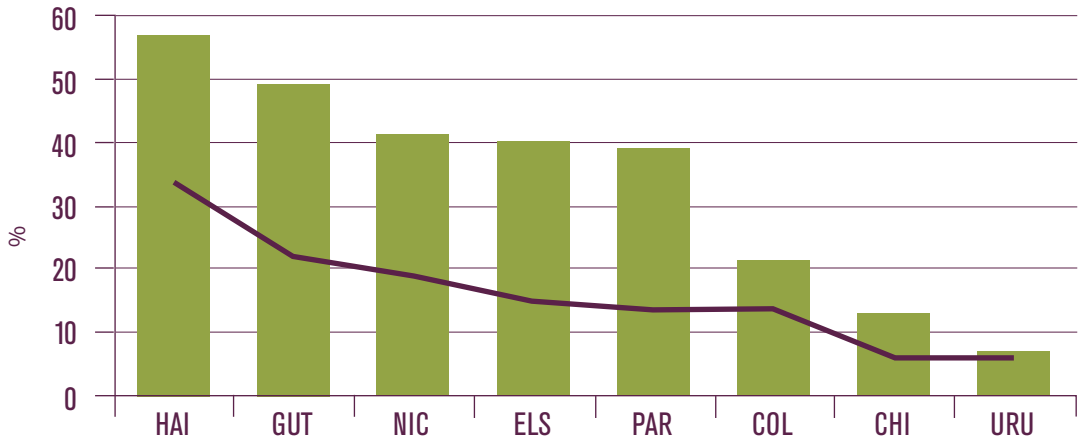


Fuente: Estimaciones de FCH/CA con base de datos de HA-OPS, 2008

Causas de mortalidad neonatal

Al igual que muchos problemas de salud pública, la mortalidad neonatal es la consecuencia más evidente de otras causas subyacentes, muchas de ellas estructurales, que reflejan la pobreza y las inequidades que existen en la sociedad. La Figura 3 muestra la relación entre la población femenina que vive en zonas rurales con la mortalidad neonatal.

Figura 3 ◢ Porcentaje de población femenina en área rural y su relación con mortalidad neonatal en países seleccionados de América Latina y el Caribe

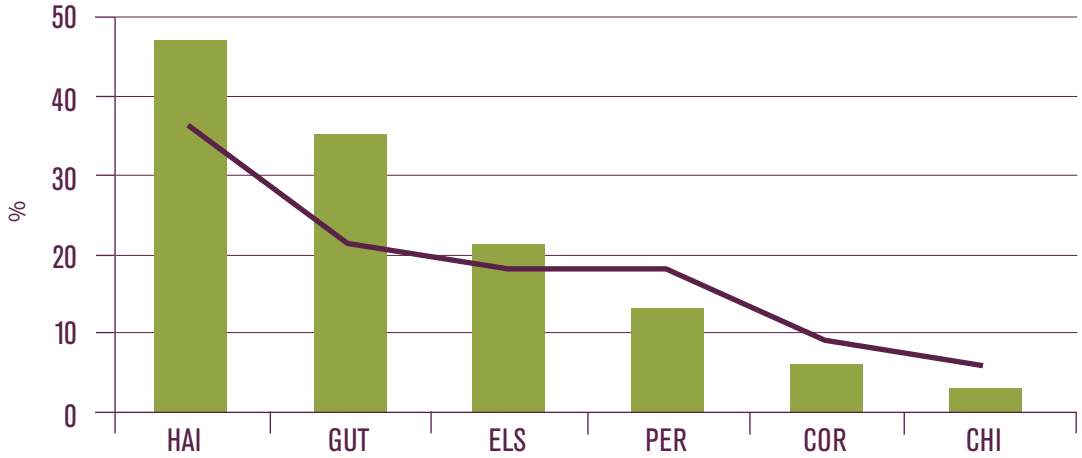


Fuente: Estimaciones en base a CELADE, 2006 y D.POB.NU, 2007

Las principales causas directas de mortalidad neonatal en la Región ALC son las infecciones y la asfixia perinatal. El bajo peso al nacer (BPN), si bien no es considerado como una causa directa de mortalidad neonatal, es un factor predisponente de gran importancia. Tanto las infecciones, la asfixia como el BPN, pueden ser prevenidos. Se estima que el 9% de los recién nacidos en la Región ALC nacen con bajo peso, pero contribuyen con el 60 al 80% de la mortalidad neonatal.

Las causas subyacentes de mortalidad neonatal son variadas, y, como se mencionó antes, reflejan inequidades sociales tales como la posición de la mujer en la sociedad, aspectos culturales, el acceso a educación formal y educación en salud, el acceso a servicios de salud, y las prácticas de cuidado. La Figura 4 muestra la relación entre la educación de la madre y la mortalidad neonatal en países seleccionados de América Latina y el Caribe.

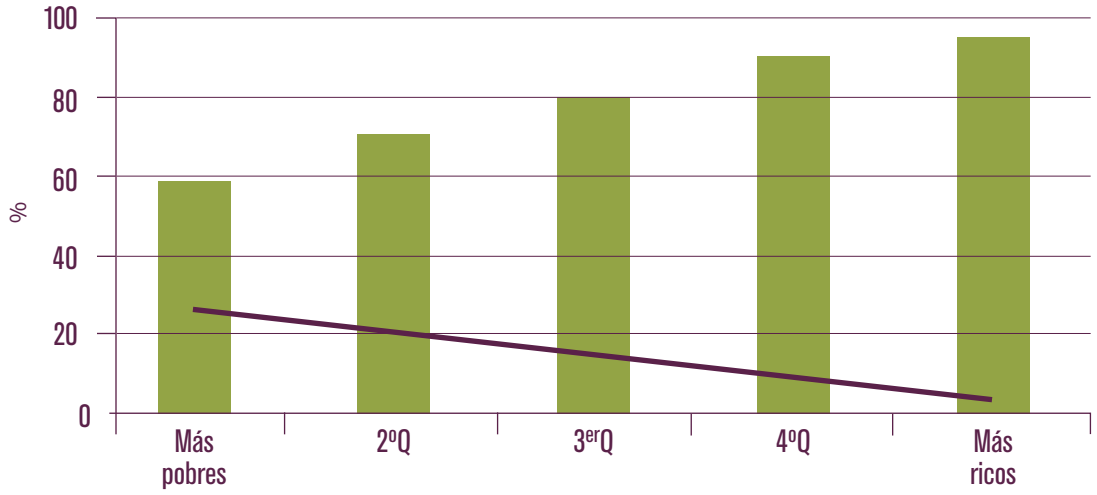
Figura 4 ◢ Porcentaje de analfabetismo en mujeres de 15 años o más y su relación con mortalidad neonatal, en países seleccionados de América Latina y el Caribe



Fuente: Estimaciones en base a datos de UNESCO-IEU, 2005

Probablemente, el mayor peso en diferencias, en relación a la mortalidad neonatal y los determinantes sociales, derivan de la pobreza y la educación. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe los partos atendidos por personal calificado en la población del quintil más pobre es 50% menor que la del quintil más rico (Banco Mundial, 2007). Por otra parte, en la Región de las Américas la mortalidad neonatal en países con porcentajes elevados de madres sin educación es cuatro veces mayor que en países donde las madres son más instruidas (OPS, 2007). La Figura 5 muestra las inequidades entre los países más pobres y más ricos en relación a la cobertura del control prenatal y su repercusión en la mortalidad neonatal.

Figura 5 ◢ Porcentaje de control prenatal entre ricos y pobres en países seleccionados de América Latina y el Caribe y su relación con mortalidad neonatal



Fuente: Estimaciones de FCH/CA con base de datos de HA-OPS, 2007 y Banco Mundial, 2007

Las poblaciones rurales y urbanas pobres, las comunidades marginadas, así como las poblaciones indígenas y de ascendencia africana también presentan tasas de mortalidad neonatal muy altas comparadas con otros grupos poblacionales.

En general, la supervivencia y la salud de los recién nacidos no ha recibido suficiente atención, tanto a nivel de las comunidades como en el sistema de salud. Aún se advierte que las defunciones fetales y neonatales son prácticamente invisibles, ocurren en los hogares y a menudo no se incluye en las estadísticas oficiales.

Intervenciones en la Región de América Latina y el Caribe

Los países de la Región, en mayor o menor grado, vienen implementando una serie de intervenciones desde el sector salud, que directa o indirectamente, tratan de mejorar la salud del recién nacido y reducir la mortalidad neonatal.

Incremento de la cobertura

Con el propósito de reducir e incluso eliminar las barreras financieras, culturales y estructurales que impiden el acceso a los servicios de salud, principalmente de los grupos poblacionales más necesitados, algunos países han emprendido procesos de reforma del sector salud orientados al aseguramiento público que promueva el acceso universal a servicios materno infantiles de buena calidad y con principios de equidad.

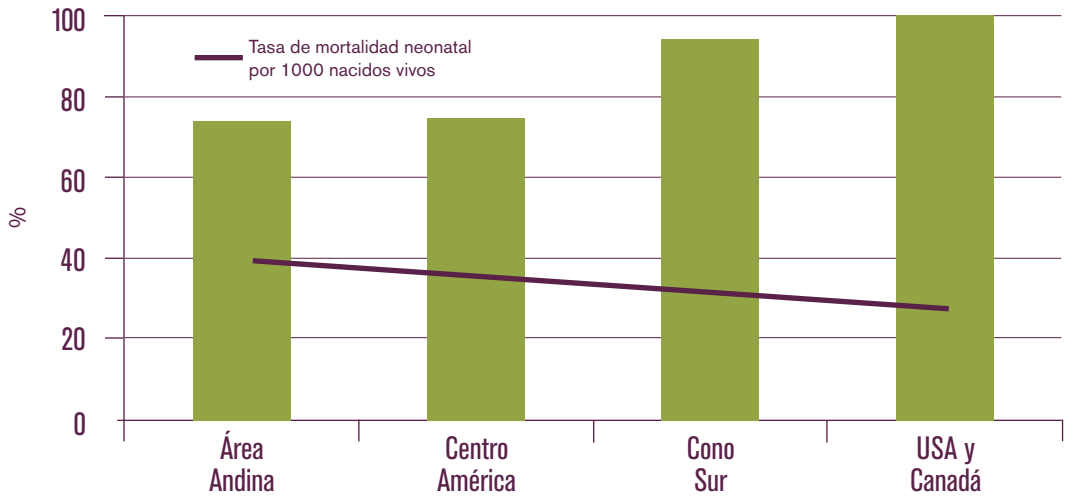
Algunos de estos procesos están centrados en la salud de la familia, como sucede en Brasil, otros en el marco de un aseguramiento público universal o en programas de atención gratuita de la maternidad, como en Bolivia, Ecuador y Haití.

En Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana los programas relacionados con la atención materna están siendo fortalecidos con el componente neonatal.

Atención y acceso a la atención calificada del parto

Pese a que el casi el 80% de los partos en la región ALC ocurre en los establecimientos de salud, la calidad de la atención no siempre es óptima. La Figura 6 muestra que la atención calificada del parto tiene repercusión directa en la mortalidad neonatal.

Figura 6 ◢ Porcentaje de partos atendidos por personal calificado según regiones y su relación con mortalidad neonatal



Fuente: Estimaciones de FCH/CA con base de datos de HA-OPS, 2007

En las zonas rurales, las barreras culturales obstaculizan la atención del parto en los establecimientos de salud y existen serias deficiencias en cuanto a acceso a personal de salud calificado para la atención del parto, existencia de suministros básicos, equipos en funcionamiento comparado con zonas urbanas y, por otra parte, la red de referencia generalmente no es funcional. Una proporción significativa de nacimientos en las zonas rurales, es atendida por auxiliares empíricos sin la capacitación adecuada para la atención de partos normales y no cuentan con el equipo o suministros mínimos necesarios.

La proporción más alta de partos que ocurren en el hogar se encuentra en Bolivia, Guatemala y Haití; estos partos suelen ser atendidos por una partera tradicional o por un miembro de la familia o por una persona no calificada, con alta mortalidad materna y neonatal.

Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

La estrategia AIEPI incluye un fuerte enfoque preventivo y promocional, además del tratamiento de las enfermedades prevalente de la infancia. AIEPI busca mejorar las competencias del personal de salud con su componente clínico, mejorar las prácticas de cuidado del niño en la familia y la comunidad, a través de su componente comunitario y fortalecer los sistemas de salud.

Se implementa en la mayor parte de los países desde el año 1996 en diversos grados y con algunas variantes. Los países que trabajan con AIEPI, han incorporado el componente neonatal a partir del año 2003[1] y algunos han trabajado en la integración de intervenciones con la salud materna, contribuyendo de esta manera, al enfoque integrado materno-neonatal-infantil. En muchos casos, la AIEPI ha acompañado la capacitación del personal de salud del nivel hospitalario, en reanimación neonatal avanzada empleando las normas de la Academia Americana de Pediatría. El componente neonatal de AIEPI es crucial para reducir la fracción más dura de la mortalidad infantil y la de menores de 5 años.

El componente comunitario de AIEPI, desarrollado por varios países desde el año 2000, como Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y República Dominicana, entre otros, ha demostrado que puede constituirse en una herramienta poderosa para la movilización social a favor de la salud de la niñez, promoviendo la participación y empoderamiento de los diferentes actores sociales que viven y trabajan en la comunidad.

Vacunación

La vacunación ha contribuido de manera significativa a la reducción de la mortalidad neonatal e infantil en toda América Latina y el Caribe. La vacunación materna ha desempeñado un papel importante en la reducción del tétanos neonatal, y la vacunación antirrubeólica universal ha contribuido a disminuir la prevalencia del síndrome de rubéola congénita.

Micronutrientes

La carencia de micronutrientes es común en las mujeres en edad fértil. Al principio del embarazo, muchas mujeres presentan reservas insuficientes de micronutrientes y otras manifestaciones carenciales que podrían afectar gravemente su salud así como la del recién nacido. Según la OMS, 43% de las mujeres de 15 a 49 años de edad que

1 Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y la República Dominicana

viven en los países en desarrollo padecen de anemia durante el embarazo y se reconoce como un factor de riesgo para la mortalidad materna, bajo peso al nacer y prematurez. Se ha comprobado que pinzar el cordón alrededor de los 3 minutos o más mejora las reservas de hierro y disminuye la anemia durante los primeros seis meses de lactancia (Hutton EK, Hassan ES, JAMA 2007). La carencia de ácido fólico durante el período previo a la concepción se relaciona con defectos del tubo neural.

Lactancia materna

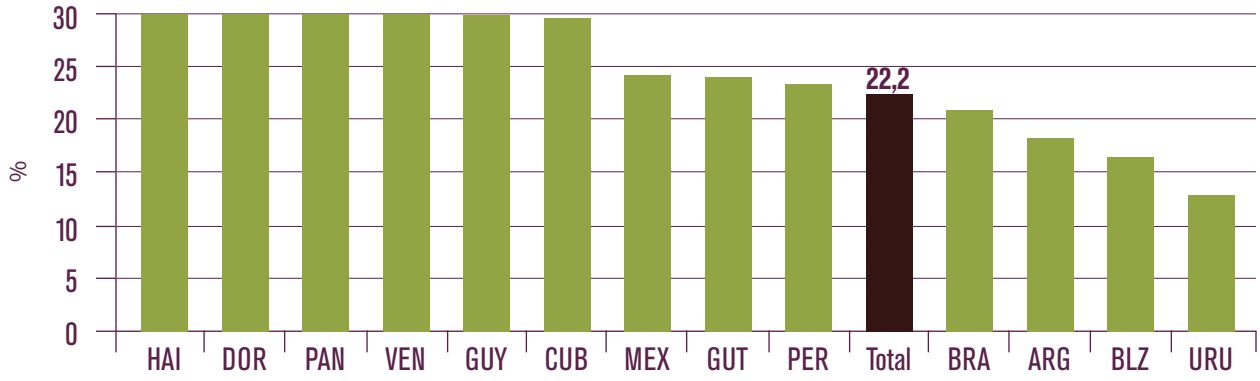
Comenzar la lactancia materna exclusiva en la primera hora es fundamental para la supervivencia en el período neonatal y los primeros años de vida. En América Latina y el Caribe, se calcula que el 66% de las defunciones de lactantes debidas a enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas que ocurren en los primeros tres meses de vida, se podrían prevenir mediante la lactancia materna exclusiva (Betran AP y cols, BMJ 2001).

Aunque actualmente se calcula que el 90% de las madres en América Latina y el Caribe amamantan a sus recién nacidos, menos de un tercio los amamantan exclusivamente durante seis meses. Además, dar a los bebés otros líquidos es práctica habitual en la Región que puede resultar perjudicial. Se ha comprobado que las intervenciones esenciales, como mantener a la madre y el bebé juntos después del nacimiento, el contacto piel con piel e inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, favorecen el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

Prevención de la trasmisión materno infantil de la infección por el VIH

Desde comienzos de los años noventa la epidemia de la infección por el VIH se ha convertido en una amenaza para la supervivencia infantil, principalmente debido a la transmisión vertical madre-recién nacido. En América Latina y el Caribe actualmente existen unos 49.000 niños infectados por transmisión vertical (OPS, 2007). Sin intervenciones médicas efectivas, por lo menos un tercio de los niños nacidos de madres VIH positivas contraerán el virus y la mayoría de ellos morirán antes de cumplir su quinto año. La Figura 7 muestra que en promedio, el 22.2% de recién nacidos son infectados por sus madres VIH positivas.

Figura 7 ◢ Porcentaje estimado de recién nacidos infectados por VIH de madres VIH positivas en países seleccionados de América Latina y el Caribe



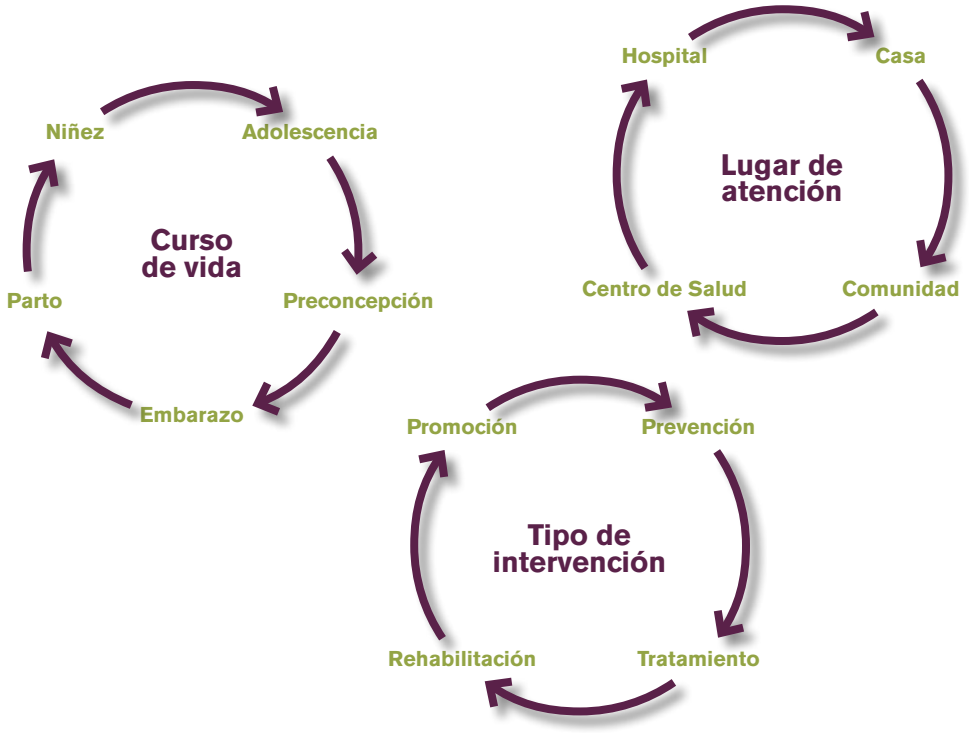
Fuente: Estimaciones de FCH/CA con base de datos de HA-OPS, 2007

Enfoque del continuo del cuidado madre, recién nacido y niño

La justificación de adoptar un proceso continuo del cuidado se basa en la estrecha relación que existe entre la salud y el bienestar de las familias, las mujeres, los recién nacidos, los niños y los adolescentes. La meta de este marco continuo es garantizar la disponibilidad y el acceso a las intervenciones basadas en evidencia que permitan mejorar la salud de la madre, recién nacido y niño.

Este enfoque presenta al menos tres dimensiones distintas con consecuencias profundas para la manera en que se organizan y ejecutan las políticas, los programas y las intervenciones. En primer lugar, significa que se debe prestar la atención como un proceso continuo a lo largo de todo el ciclo de vida, incluidas la adolescencia, el período previo a la concepción, el embarazo, el parto y la niñez, aprovechando de ese modo las interacciones naturales. En segundo lugar, indica que la atención tiene que prestarse dentro de un proceso que preserve la continuidad absoluta y que abarque al hogar, la comunidad, el centro de salud y el hospital. Por último, el continuo de la atención también abarca las intervenciones de promoción de la salud, la prevención y el control de las enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. La Figura 8 muestra que el marco de acción del continuo del cuidado tiene lugar no solamente dentro del curso de vida, sino en el lugar de atención y el tipo de intervención realizada.

Figura 8 ◢ Marco de acción en el continuo del cuidado madre, recién nacido y niñez



Plan de acción

El Plan de acción estratégico regional se basa en el Consenso Estratégico Interinstitucional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Perinatal y Neonatal en América Latina y el Caribe. Recoge el compromiso de los gobiernos de la Región para ocho años (2008-2015), de forma que orienten sus actividades en respuesta a ese compromiso y sobre la base de la siguiente visión:

Todas las madres, los recién nacidos y niños en los países de América Latina y el Caribe recibirán la atención de calidad apropiada y eficaz que necesitan para llevar una vida saludable y productiva. Así se tornará realidad el ODM-4.

Objetivo general

Apoyar a los países de la Región en el cumplimiento de las metas de desarrollo del milenio-4, enfatizando las intervenciones a favor de la salud peri-neonatal

Áreas estratégicas

Este Plan de Acción abarca cuatro áreas estratégicas interdependientes: 1) crear un entorno favorable para la promoción de la salud peri-neonatal; 2) fortalecer los sistemas de salud para mejorar el acceso a los servicios de atención de la madre, del recién nacido y del niño; 3) promover las intervenciones comunitarias; y 4) crear y fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación. Cada área cuenta con una o más líneas de acción, y cada línea de acción a su vez tiene un objetivo que representa un resultado a ser alcanzado.

Área estratégica 1: Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal

Las condiciones más apropiadas para que pueda adecuarse, aplicarse, difundirse y desarrollarse la salud neonatal requiere la responsabilidad por parte de los Estados Miembros de crear las condiciones propicias para promover planes nacionales que fomenten un entorno favorable a favor de la salud peri-neonatal.

Línea de acción 1.1	***Promover el desarrollo de planes nacionales para mejorar la salud peri-neonatal***
Objetivo	Para el 2010, todos los países prioritarios de impacto (1) de América Latina y el Caribe contarán con un plan nacional estratégico en ejecución.
Actividades a nivel regional	▪ Difundir y fomentar el plan regional aprobado por los Cuerpos Directivos. ▪ Actualizar el análisis de la situación de la salud de la madre, del recién nacido y del niño en los países de la Región. ▪ Desarrollar una estrategia regional de abogacía a favor de la salud neonatal dentro del marco del continuo de atención.
Actividades a nivel nacional	▪ Desarrollar planes nacionales a favor de la salud peri-neonatal. ▪ Adecuar la estrategia de abogacía a nivel nacional a favor de la salud peri-neonatal. ▪ Actualizar el análisis nacional de la situación de la salud de la madre, del recién nacido y del niño. ▪ Revisar el marco legal para la protección y derechos de las mujeres y los niños. (Países prioritarios de impacto: Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.)
Línea de acción 1.2	***Crear y fortalecer alianzas y asociaciones***
Objetivo	Para el 2010, los países prioritarios y de impacto de América Latina y el Caribe habrán establecido alianzas entre las organizaciones que apoyan la implementación de los planes nacionales.
Actividades a nivel regional	▪ Fortalecimiento de la Alianza Regional Neonatal en América Latina y el Caribe para desarrollar un plan de trabajo en conjunto en apoyo a la iniciativa. ▪ Intercambio de herramientas y de experiencias mediante boletines informativos u otros. ▪ Promoción de la cooperación de Sur-Sur.
Actividades a nivel nacional	▪ Identificar los socios potenciales y actores sociales para ser parte de la alianza en apoyo al desarrollo del plan conjunto. ▪ Desarrollar y ejecutar un plan de trabajo conjunto entre las diferentes instituciones que apoyen el plan regional

Área estratégica 2: Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención de la madre, del recién nacido y del niño

El embarazo y nacimiento forman parte de un proceso fisiológico normal, en el que pueden darse complicaciones. El sistema de salud debe estar preparado para responder a estas necesidades, mejorando la calidad de la atención en los diferentes niveles del sistema, el acceso, y fomentando prácticas basadas en evidencia.

Línea de acción 2.1	***Promover el acceso universal equitativo a la atención de la salud materna y neonatal privilegiando a grupos vulnerables***
Objetivo	Para el 2012, los países prioritarios habrán alcanzado al menos el 80% de cobertura de atención del parto por personal calificado.
Actividades a nivel regional	▪ Poner a la disposición y proporcionar ayuda técnica con respecto al uso de herramientas programáticas de medidas esenciales de atención neonatal en los establecimientos y en las comunidades que incluyan estimaciones de costos. ▪ Desarrollar, elaborar y promover propuestas que apoyen la interculturalidad y el buen trato. ▪ Facilitar el intercambio de experiencias entre países que han desarrollado modelos de aseguramiento para la atención materna neonatal.
Actividades a nivel nacional	▪ Explorar las diferentes alternativas de financiamiento de acceso universal a la salud materna y neonatal considerando análisis de costos. ▪ Reforzar y promover el buen trato y el enfoque de interculturalidad en los servicios materno neonatales. ▪ Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia. ▪ Fortalecer la participación de redes sociales en el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.
Línea de acción 2.2	***Actualizar, difundir y aplicar intervenciones de atención de salud materna y neonatal***
Objetivo	Para el 2009, todos los países prioritarios y de impacto estarán implementando las normas basadas en evidencia y procedimientos de la atención neonatal en el continuo del cuidado.
Actividades a nivel regional	▪ Elaborar y difundir documentos normativos genéricos para que puedan ser adaptados a nivel nacional, y los diferentes niveles de atención. ▪ Facilitar los procesos de adaptación a nivel de país. ▪ Promover el intercambio de experiencias entre países.
Actividades a nivel nacional	▪ Adaptar y aplicar los documentos normativos genéricos a la realidad nacional. ▪ Mejorar las competencias de los recursos humanos en salud institucionales y comunitarios. ▪ Reforzar los contenidos en los programas de pre y posgrado en las escuelas formadoras de recursos humanos en salud. ▪ Seguimiento y monitoreo de la aplicación de las normas por niveles de atención. ▪ Garantizar la existencia y provisión de medicamentos, equipo e insumos básicos para la atención materna y neonatal. ▪ Promover la aplicación del continuo del cuidado a nivel local.

Área estratégica 3: Promover las intervenciones comunitarias

Sobre la base de las resoluciones internacionales, los datos basados en evidencias y las enseñanzas extraídas en la Región, la Alianza Regional Neonatal en América Latina y el Caribe recomendó la promoción de las intervenciones comunitarias como parte integral de la Estrategia y plan de acción regional en salud neonatal. La meta principal de esta área estratégica consiste en ampliar la cobertura de la atención de la madre y el recién nacido, mediante intervenciones comunitarias, especialmente en áreas de acceso limitado, que han demostrado tener repercusión favorable en la mortalidad materna y neonatal.

Prácticas de salud que pueden ser promocionadas en la comunidad

- Nutrición adecuada de las madres
- Inmunización tetánica
- Cuidado esencial neonatal, incluyendo parto limpio y seguro
- Reconocimiento temprano de signos de peligro y transporte inmediato
- Lactancia materna exclusiva
- Prácticas sexuales seguras
- Ambiente seguro y limpio
- Protección de violencia
- Prevención de embarazos tempranos
- Educación de las niñas

Las intervenciones de promoción para mejorar las prácticas familiares y comunitarias han tenido un fuerte impacto en la salud neonatal y su desarrollo, por lo que deben recibir alta prioridad. Las familias necesitan el conocimiento y el apoyo para proveer cuidado efectivo al recién nacido en su hogar tales como control térmico, lactancia materna temprana y exclusiva, higiene y utilización de los servicios de salud para las inmunizaciones. Deben además tener la habilidad para reconocer signos de enfermedad y poder llevarlos rápidamente a un sistema de salud adecuado.

Línea de acción 3.1	***Promover las intervenciones comunitarias dentro de los planes de salud nacionales para el mejoramiento de la salud neonatal***
Objetivo	Para el 2010, los países prioritarios y de impacto habrán incorporado en su programa nacional herramientas para el fortalecimiento de las aptitudes de los agentes comunitarios y otros actores sociales, a fin de que puedan brindar apoyo a los programas de salud de la madre y recién nacido en el marco del continuo del cuidado.
Actividades a nivel regional	▪ Elaborar y difundir herramientas para mejorar las aptitudes de los agentes comunitarios y otros actores sociales. ▪ Apoyo técnico para el diseño e implementación de intervenciones comunitarias dentro de los planes de salud.
Actividades a nivel nacional	▪ Adaptar y aplicar las herramientas para mejorar las aptitudes de los agentes comunitarios y otros actores sociales a favor de la salud materna y neonatal. ▪ Identificar mecanismos que fortalezcan los vínculos entre la comunidad y los establecimientos de salud. ▪ Garantizar la calidad, supervisión y seguimiento de apoyo haciendo hincapié en la buena comunicación y las aptitudes de negociación. ▪ Implementar medidas básicas a nivel domiciliario y comunitario cuando no es posible la referencia.

Línea de acción 3.2	***Movilización comunitaria y estrategias de comunicación para promover los comportamientos saludables***
Objetivo	Para el 2010, los países prioritarios y de impacto habrán implementado estrategias de comunicación y de movilización social.
Actividades a nivel regional	▪ Elaborar lineamientos para desarrollar estrategias de comunicación y movilización social que promuevan los comportamientos saludables
Actividades a nivel nacional	▪ Adaptación y aplicación de las estrategias de comunicación, movilización social y cambios de comportamientos. ▪ Explorar las modalidades de difusión más eficientes. ▪ Promover la formación de redes de comités locales/municipales a favor de la salud materno neonatal. ▪ Identificar mecanismos que fortalezcan los vínculos entre la comunidad y los establecimientos de salud. ▪ Promover el desarrollo de actividades intersectoriales (ej. educación) ▪ Promover el análisis de información a nivel comunitario de salud materno neonatal disponible a nivel local para mejorar las intervenciones.

Área estratégica 4: Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación

En la Región existen problemas relacionados con la falta de información peri-neonatal de calidad y de estandarización, así como la falta de análisis y uso para la toma de decisiones. El CLAP/SMR ha colaborado con los ministerios de salud, los directivos y profesionales de salud de varios países de América Latina y el Caribe para crear y promover el registro clínico perinatal y el sistema informático perinatal (SIP), como una de las herramientas clave en torno a la salud materna y perinatal.

Es imprescindible la vigilancia y monitoreo del desempeño del personal de salud y otros recursos humanos para garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad y fortalecer las competencias. Así lo ha realizado Bolivia para monitoreo y seguimiento de AIEPI neonatal en servicios, cuya difusión está prevista hacia otros países de la Región.

Para poder fortalecer la información de la salud perinatal y neonatal la OMS ha desarrollado una metodología de identificación de perfil de país, que puede ser empleada para realizar una línea de base.

Línea 4.1	***Fortalecer el sistemas de información en salud, con énfasis en salud materno, peri-neonatal***
Objetivo	Para el 2010 todos los países contarán con sistemas de información generando información de calidad en salud materna y peri-neonatal
Actividades a nivel regional	▪ Consensuar una lista estandarizada de indicadores básicos con fines de seguimiento y comparación, que incluya la identificación de brechas e inequidades, con evaluaciones 2010-2015. ▪ Brindar apoyo técnico a los países para fortalecer sus sistemas regulares de información en salud, priorizando los indicadores orientados a los ODM-4. ▪ Asistencia técnica para fortalecer el Sistema Informático Perinatal.
Actividades a nivel nacional	▪ Incorporar sistemáticamente en los sistemas regulares, información básica en salud materna y peri-neonatal. ▪ Mejorar la captación y calidad de los registros de defunción en el registro civil y en otras fuentes de información existentes. ▪ Promover iniciativas de vigilancia de morbilidad y mortalidad peri-neonatal.
Línea de acción 4.2	***Establecer y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación del desempeño del personal de salud en el marco del continuo del cuidado***
Objetivo	Para el 2010, los países prioritarios y de impacto implementan sistemas de vigilancia del desempeño del personal de salud.
Actividades a nivel regional	▪ Desarrollar indicadores del desempeño del personal de salud para la atención de calidad. ▪ Elaborar y difundir lineamientos para el desarrollo de líneas de base y evaluación de impacto en el marco del cuidado continuo. ▪ Dar apoyo técnico para la adaptación regional y difusión de la propuesta de seguimiento y monitoreo de AIEPI neonatal en el marco del cuidado continuo. ▪ Favorecer la incorporación de variables neonatales y perinatales en las encuestas nacionales de demografía y salud.
Actividades a nivel nacional	▪ Implementar indicadores de desempeño del personal para la atención de calidad. ▪ Adecuar los lineamientos genéricos de monitoreo y evaluación neonatal. ▪ Aplicación sistemática de la metodología de seguimiento y monitoreo de AIEPI neonatal. ▪ Aplicar las encuestas de línea de base y la evaluación en sitios con mayor déficit de información. ▪ Estimular la realización de investigaciones operativas.

En respuesta a la resolución del 47º Consejo Directivo de OPS, la Tabla 1 propone una serie de actividades diferenciadas para enfrentar las diferentes situaciones entre los países y al interior de los mismos, así como una serie de indicadores de proceso, resultado e impacto.

Tabla 1 ◢ Actividades diferenciadas según los distintos escenarios epidemiológicos para el abordaje de situaciones específicas

Áreas estratégica	Tasa de mortalidad neonatal > 20 por 100 nacidos vivos ó más	Tasa de mortalidad neonatal entre 15 y 19 por mil nacidos vivos	Tasa de mortalidad neonatal < 15 por 1000 recién nacidos vivos
1) crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal	▪ Elaborar políticas específicas para abordar la atención neonatal ▪ Diseñar mecanismos de financiamiento para proteger a los más vulnerables. ▪ Difundir los manuales y normas en todos los niveles de atención ▪ Garantizar la equidad ▪ Promover la calidad	▪ Elaborar políticas específicas que aborden la atención neonatal. ▪ Difundir los manuales y normas en todos los niveles de atención ▪ Promoción intensiva de los cuidados esenciales al recién nacido e identificación de signos de peligro	▪ Elaborar políticas específicas que aborden la atención neonatal. ▪ Difundir los manuales y normas en todos los niveles de atención
2) fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención de la madre, del recién nacido y del niño	▪ Aumentar la cobertura de atención proporcionada por personal calificado ▪ Garantizar la atención de las urgencias obstétricas y neonatales en establecimientos de referencia ▪ Establecer servicios de atención integral obstétrica y neonatal de calidad en los hospitales de referencia ▪ Fortalecer el sistema de derivación y las conexiones entre las comunidades y los establecimientos.	▪ Lograr la cobertura universal con personal calificado, dirigiéndose a las poblaciones a las que no se llega habitualmente con estos servicios ▪ Garantizar la atención de las urgencias obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud ▪ Mejorar la calidad y la aceptabilidad cultural de la atención obstétrica y perinatal. ▪ Establecer servicios de atención integral obstétrica y neonatal de calidad en los hospitales de referencia	▪ Lograr la cobertura universal de la atención clínica, incluida la atención neonatal intensiva ▪ Mejorar la calidad clínica de la atención y promover la atención favorable para toda la familia. ▪ Garantizar el suministro de medicamentos para el manejo de patologías graves ▪ Asegurar la continuidad del personal
3) promover las intervenciones comunitarias	▪ Seguir promoviendo la demanda de atención ▪ Fortalecer la atención familiar y comunitaria ▪ Promover metas conductuales específicas (ej. aumento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad) ▪ Considerar el tratamiento comunitario para algunos problemas específicos del recién nacido.	▪ Seguir promoviendo los comportamientos saludables en el hogar y la búsqueda de atención.	▪ Crear criterios comunitarios para abordar los hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo de drogas.
4) crear y fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación	▪ Garantizar la vigilancia ▪ Monitoreo y evaluación neonatal ▪ Adecuar los instrumentos genéricos para los diferentes niveles de atención ▪ Favorecer la incorporación de variables neonatales en las estadísticas y encuestas nacionales	▪ Garantizar la calidad, supervisión y seguimiento de apoyo haciendo énfasis en la buena comunicación y aptitudes de negociación	• Vigilar y mejorar los resultados a largo plazo en caso de complicaciones neonatales.

En base a las actividades diferenciadas según los distintos escenarios epidemiológicos en la Tabla 2 se proponen una serie de indicadores trazadores que todos los países deben recopilar y otros indicadores de proceso, resultado e impacto que pueden ser opcionales según las necesidades locales.

Tabla 2 ◢ Indicadores trazadores comunes, de proceso, de resultado e impacto sugeridos

Áreas estratégicas	Indicadores trazadores comunes	Indicadores de proceso	Indicadores de resultado	Indicadores de impacto
1) crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal	▪ Contar con un plan nacional que incluya la salud materna y neonatal en el marco del continuo, aprobado, consensuado, en ejecución y con presupuesto asignado	▪ Gasto en salud asignado a programas materno neonatales ▪ Acceso a servicios de salud ▪ Acceso a medicamentos	▪ Número de países que tienen programas nacionales integrados de la salud de la madre, recién nacido y niñez. ▪ Proporción de establecimientos con programas de salud neonatal implementado	▪ Tasa de mortalidad perinatal x 1000 nacidos vivos ▪ Tasa de mortalidad fetal por 1000 nacidos vivos ▪ Letalidad hospitalaria por causa neonatal ▪ Tasa de mortalidad neonatal temprana (0-6 días) por 1000 nacidos vivos ▪ Tasa de mortalidad neonatal tardía (7-28 días) por 1000 nacidos vivos ▪ Tasa de mortalidad neonatal (0-28 días) por 1000 nacidos vivos. ▪ Mortalidad neonatal por causa específica ▪ Mortalidad neonatal específica por peso al nacer ▪ Mortalidad neonatal por edad al nacer ▪ Prevalencia de bajo peso al nacer
2) fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención de la madre, del recién nacido y del niño	▪ Proporción de partos institucionales en áreas de mayor riesgo ▪ Proporción de partos atendidos por personal calificado ▪ Proporción de servicios que aplican normas y protocolos de manejo neonatal	▪ Número de personal capacitado en cuidado neonatal esencial ▪ Número de personal capacitado en reanimación neonatal básica ▪ Proporción de servicios materno-infantiles con normas o protocolos para la atención neonatal	▪ Proporción de servicios materno-infantiles en los que se aplica AIEPI neonatal ▪ Proporción de personal de los servicios materno-infantiles que aplica correctamente los cuidados neonatales esenciales ▪ Proporción de personal de los servicios materno-infantiles	

Tabla 2 ◢ continúa

2) continúa		que tienen conocimiento ▪ Proporción de servicios materno-infantiles con un sistema de referencia y contrarreferencia establecido ▪ Partos por cesárea como proporción de todos los nacimientos entre la población ▪ Proporción de recién nacidos con complicaciones admitidos a un establecimiento que mueren	de al menos 5 signos de peligro neonatales ▪ Proporción de partos institucionales ▪ Proporción de partos atendidos por personal calificado ▪ Proporción de embarazadas con 4 o más controles prenatales ▪ Proporción de recién nacidos amamantados dentro de la primera hora ▪ Proporción de bebés que reciben atención postnatal al 3er. Día ▪ Proporción de mujeres gestantes con prueba VDRL ▪ Proporción de mujeres gestantes vacunadas con toxoide tetánico	
3) promover las intervenciones comunitarias	▪ Proporción de servicios que trabajan en la comunidad con estrategias de IEC implementado. ▪ Proporción de comunidades que realizan visitas domiciliarias	▪ Distancia en tiempo entre la residencia y las instituciones de primer nivel y de nivel de referencia mas cercanas	▪ Número de comunidades que han establecido un plan de transporte materno-neonatal ▪ Proporción de madres que conocen al menos 3 signos de peligro neonatales	
4) crear y fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación	▪ Proporción de reducción de la mortalidad en < 5 años en base a los ODM ▪ Proporción de reducción de la mortalidad neonatal temprana y tardía ▪ Proporción de madres que reconocen al menos dos signos de peligro maternos y neonatales ▪ Proporción de servicios con um sistema de vigilancia comunal neonatal implementado.	▪ Proporción de servicios materno-infantiles con un sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación establecido ▪ Proporción de servicios materno-infantiles con un sistema de información peri-neonatal establecido ▪ Proporción de servicios que analizan la mortalidad y morbilidad neonatal en forma rutinaria	▪ Proporción de servicios materno-infantiles que han aumentado su cobertura de atención neonatal	

El rol de la Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha servido como un catalizador de los recursos técnicos y financieros a favor del fortalecimiento de las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en los países de América Latina y el Caribe (OMS/OPS, 2000; Muñoz F y cols, 2000). El fortalecimiento de estas funciones pueden evitar la mortalidad de los recién nacidos, pero requiere de la participación de actores externos e internos mediante el trabajo interprogramático y un criterio multisectorial.

Cada área estratégica de este Plan tiene una o más líneas de acción y, de esta manera, se promoverá un método integrado y global de abordaje a la salud de la madre, del recién nacido y del niño. La estrategia también considera el marco de cooperación técnica de la OPS para enfrentar los nuevos retos y aborda la agenda inconclusa en torno a la salud del niño.

En este contexto, la capacidad técnica de las oficinas de país debe responder a las necesidades y prioridades que se han determinado con respecto a la salud de la madre, recién nacido y niño. El apoyo técnico de la OPS a los países se centrará en la respuesta del sector salud a la atención materna y neonatal, prestando especial atención al desarrollo y la mejora de los recursos humanos, la elaboración y la adaptación de normas, directrices, métodos y herramientas, además de la difusión de la información, incluidas las intervenciones basadas en evidencia y las prácticas óptimas de atención. Resulta igualmente importante fortalecer los mecanismos existentes de cooperación de los países y la cooperación técnica entre países. Estos mecanismos de cooperación técnica deben otorgar gran visibilidad a los problemas neonatales dentro del continuo de la atención, y deben lograr la movilización del apoyo político, social y económico.

Los socios

Durante años, las intervenciones dirigidas a mejorar la salud materno infantil se han centrado sólo en este tema y, por consiguiente, han perdido nexos importantes. Ahora se reconoce que la salud neonatal es la conexión fundamental entre los programas de salud de la madre, del recién nacido y de salud infantil. Lograr vincular las intervenciones puede acarrear una reducción importante en los costos y mejorar la eficiencia y eficacia de la planificación, el seguimiento y la supervisión de los programas, al igual que de la capacitación y el uso de los recursos.

Ningún país, organismo u organización puede abordar por sí solo la totalidad del problema de la mortalidad neonatal, perinatal y materna, por lo que unificar los esfuerzos facilitará la creación de un proceso continuo de la atención y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materno infantil. Los socios principales provendrán de las organizaciones multilaterales y bilaterales, los donantes, el sector privado, las entidades científicas y académicas, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones religiosas y la sociedad civil, entre otros.

En consecuencia, este documento es un llamado a favor de un acuerdo inter-agencial y multisectorial en torno al programa técnico y de políticas que debemos promover en América Latina en relación a la salud neonatal en el marco del continuo de la atención. La alianza eficaz es crucial a fin de armonizar e intensificar las medidas en los niveles mundial, regional, nacional y local en pos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio números 4 y 5.

Referencias

Adam, T., Lim, S. S., Mehta, S., Bhutta, Z. A., Fogstad, H., Mathai, M., y cols. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *Bmj, 331*(7525), 1107.

Aubel, J., Ibrahima, T., Mamadou, D. (2001). Strenghtening grandmother networks to improve community nutrition: experience from Senegal. *Gender and Development, 9*(2), 62-73.

Betran AP, de Onis M, Laurer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. BMJ 2001;323(7308):303-306.

Bhutta, Z. A., Darmstadt, G. L., Hasan, B. S. y Haws, R. A. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics, 115*(2 Suppl), 519-617.

Bryce, J., Victora, C. G., Habicht, J. P., Black, R. E. y Scherpbier, R. W. (2005). Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan, 20 Suppl 1*, i5-i17.

Buffington, S., Sibley, L., Beck, D., Armsbruster, D. (2003). *Home based life saving skills: where home birth is common*. Maryland, U.S.A.: American College of Nurse Midwives.

Burkhalter B, Edson W, Harvey S, Boucar M, Djibrina S, Hermida J, Ayabaca P, Bucagu M, Gbangbade S, McCaw-Binns A. Quality of obstetric care observed in 14 hospitals in Benin, Ecuador, Jamaica, and Rwanda. *Operations Research Results*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Marzo del 2006.

Caparro CM, Neufeld LM, Tena Alvarez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1997-2004

Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. *Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?* Lancet 2005; 365:977-88.

Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care. (1978). Alma-Ata, URSS: OMS.

FCH/CA. (2003). *Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludables*: OPS-OMS/UNICEF.

Figueroa, M., Kincaid, L., Rani, M. y Lewis, G. (2002). *The communication for social change: An integrated model for measuring the process and its outcomes.*: John Hopkins University's Center for Communication Program/ The Rockefeller Foundation.

Green, L. W., Kreuter, M. W. y Green, L. W. (2005). *Health program planning : an educational and ecological approach*. Nueva York: McGraw-Hill.

Haws R, W. P., Castillo J. (2004). *Innovative Community-Based Interventions to Improve Newborn Health in Latin America and the Caribbean.*: The CORE Group.

Haws, R. A., Thomas, A. L., Bhutta, Z. A. y Darmstadt, G. L. (2007). Impact of packaged interventions on neonatal health: a review of the evidence. *Health Policy Plan, 22*(4), 193-215.

Huicho, L., Davila, M., Gonzales, F., Drasbek, C., Bryce, J. y Victora, C. G. (2005). Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Peru and its association with health indicators: an ecological analysis. *Health Policy Plan, 20 Suppl 1*, i32-i41.

Hutton EK, Hassan ES, Late vs. Early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007;297(11):1241-52

Interagency Working Group. Reducing Neonatal Mortality and Morbidity in Latin America and the Caribbean: An Interagency Strategic Consensus. PAHO/WHO, UNICEF, USAID, ACCESS, BASICS, CORE and SNL/Save the Children/USA. 2007

Kenya-Mogisha, N. y Pangu, K. (1999). *The Household and Community Component of IMCI: As resource manual on strategies and implementation steps*: UNICEF-ESARO.

Knippenberg R, Lawn J, Darmstadt G, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul K. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *The Lancet* –Neonatal Survival. Marzo del 2005.

Labonte, R. (1987). Community health promotion strategies. *Health Promotion, 32*(Summer), 5-10.

Lawn J, Kerber, K, BASICS eds. *Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa.* Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), 2006.

Lawn J, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn survival. In: Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A, Musgrove P., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries 2nd edition*. Washington, D.C., The World Bank Group, 2006

Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet 2005; 365:891-900.

Lawn, J. E., Manandhar, A., Haws, R. A., & Darmstadt, G. L. (2007). Reducing one million child deaths from birth asphyxia - a survey of health systems gaps and priorities. *Health Res Policy Syst, 5*, 4.

Martines J, Paul V, Bhutta Z, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, Bahl R, Fogstad H, Costello A. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* –Neonatal Survival. Marzo del 2005.

Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, y cols. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública* 8(1/2), 2000.

Obaid, T. A. (2007). Statement on the Occasion of World Population Day 2007: Men at work - men as partners for maternal health. Encontrado el 07/12/07 en http://www.unfpa.org/wpd/

OPS. (2003). Atención primaria de salud en las Américas: Las enzeñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, *44 Consejo Directivo CD44.R6*. Washington, D.C., EUA: Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2005). *Componente del hogar y la comunidad: Guía práctica y mensajes clave para actores sociales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2006). Serie de Guías para los actores sociales de la Alianza regional de AIEPI Comunitario.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán. 2005.

Organización Panamericana de la Salud. 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.* Washington, D.C., EUA. 2003.

Organización Panamericana de la Salud. 44.º Consejo Directivo, 55.ª Sesión del Comité Regional. *La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Washington, D.C., EUA. 2003.

Organización Panamericana de la Salud. 47.º Consejo Directivo. *La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.* Washington, D.C., EUA. Septiembre del 2006.

Pan American Health Organization (2007). *Declaration of the Americas on the Renewal of Primary Health Care (PHC)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Pan American Health Organization. (2001-2005). *Regional Community IMCI Project: Empowering Local Communities to Improve Children's Health in Ten Latin American Countries* Washington, DC: OPS – Cruz Roja Americana.

República de Nicaragua Ministerio de Salud. Evaluación de competencias en la atención del embarazo, parto, posparto, recién nacido y sus complicaciones. Junio del 2006.

Save the Children. *State of the World's Mothers 2006. Saving the Lives of Mothers and Newborns.* Mayo del 2006.

The United Nations Children's Fund (UNICEF). *Tracking Progress in Child Survival: The 2005 Report.* Nueva York, EUA. 2005

Tinker A, Hoope-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. *A continuum of care to save newborn lives.* The Lancet 2005; 365:822-5.

Banco Mundial. Partos atendidos por personal médico calificado y su relación entre ricos y pobres en 9 países seleccionados de América Latina y el Caribe. World Bank online, 2007.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion; First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Canadá: Organización Mundial de la Salud.

World Health Organization. *Neonatal and perinatal mortality - Country, regional and global estimates*. 2006

World Health Organization. Strategic Directions for Improving the Health and development of Children and Adolescents. 2003.

World Health Organization. *The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health: Conceptual and Institutional Framework.* Ginebra, Suiza. 2006.

World Health Organization. *The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health: Ten-Year Strategy.* Ginebra, Suiza. 2006.

World Health Organization. *Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions:* 58th World Health Assembly. Ginebra, Suiza, 2005.

Anexo A ◢ Tasas de mortalidad neonatal y materna, partos asistidos por personal calificado y porcentaje de recién nacidos de peso bajo al nacer en países de la Región de las Américas

País	Tasa de mortalidad neonatal (x 1000 nv)[a,e]	Tasa de mortalidad perinatal (x 1000 nv)[b]	Razón de mortalidad materna (x 100.000 nv)[a,c,d,e]	Porcentaje de partos asistidos por personal calificado[f]	Porcentaje de recién nacidos con peso bajo al nacer (<2,500 g)[a]
Escenario 1: tasa de mortalidad neonatal de 20 o superior					
Haití	34	54	630.0	23.8	21.0
Bolivia	27	31	230.0	60.8	7.0
Guyana	25	40	161.2	85.6	12.6
Escenario 2: tasa de mortalidad neonatal entre 15 y 19					
Rep. Dominic.	19	28	80.0	98.7	10.8
Guatemala	19	23	148.8	41.4	6.8
Belice	18	20	68.4	83.8	14.1
Suriname	18	30	110.0	84.5	11.4
Honduras	18	28	108.0	55.7	10.0
Nicaragua	18	23	86.5	66.9	8.4
El Salvador	17	26	71.2	69.4	8.0
Ecuador	16	20	85.0	68.7	11.8
Perú	16	20	185.0	71.1	11.0
Paraguay	16	23	153.5	77.2	5.7
Brasil	15	20	76.1	87.6	8.2
México	15	22	63.4	85.5	8.8
Escenario 3: tasa de mortalidad neonatal inferior a 15					
Colombia	14	23	72.7	90.7	6.2
Tri. y Tobago	13	---	45.0	---	11.1
Granada	13	---	---	---	9.4
Venezuela	12	18	59.9	94.0	9.5
SK y Nevis	12	---	---	---	9.0
Panamá	11	15	66.0	92.5	9.4
SV y Granad.	11	---	---	---	7.9
Argentina	10	14	39.2	98.7	7.3
Jamaica	10	17	95.0	94.6	11.6
Bahamas	10	---	16.0	---	10.6
Ant. y Barb.	8	---	---	---	5.3
Uruguay	7	14	11.1	99.4	8.6
Costa Rica	7	13	39.3	97.5	6.8
Chile	6	8	19.8	99.8	5.5
U.S.A	5	8	13.1	99.0	8.1
Cuba	4	14	49.4	99.9	5.4
Canadá	3	6	5.9	98.3	5.9
Promedio	14.0	21.3	99.6	74.1	9.2

Fuentes:
[a] OPS/OMS, Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos, 2007.
[b] WHO. Neonatal and Perinatal Mortality 2006
[C] UNICEF. State of the world´s children 2006.
[d] WHO. Maternal Mortality in 2007: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.
[e] Estadísticas e indicadores sociales (BADEINSO), UNICEF-OMS, 2005

Anexo B ◢ Competencias del personal de salud comunitario y actividades para la familia y la comunidad

Momento	Actividades para el personal de salud comunitario	Actividades para la familia y la comunidad
Atención prenatal	• Detección temprana de todo signo de peligro. • Aptitudes adecuadas de tratamiento para la estabilización de complicaciones. • Presencia de un sistema comunitario de traslado en caso de urgencias. • Promoción de los preparativos en torno al parto. • Promoción y provisión de la vacuna antitetánica.	• Detección temprana de todo signo de peligro. • Concientización de la comunidad y sensibilización acerca de la atención materna y neonatal. • Promoción de la vacunación antitetánica. • Promoción de la nutrición materna y de la reducción de su carga de trabajo. • Sistema de traslado comunitario en caso de complicaciones
Atención durante el parto	• Detección temprana de todo signo de peligro. • Aptitudes adecuadas de tratamiento para la estabilización de complicaciones • Promoción de la atención calificada del parto. • Derivación a la atención obstétrica de urgencia de ser necesario. • Entrega de elementos para un parto higiénico en caso de los partos domiciliarios. • Promoción de la prevención de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH.	• Detección temprana de todo signo de peligro. • Concientización y sensibilización acerca de la asistencia institucional temprana en caso de complicaciones. • Sistema de traslado comunitario en caso de complicaciones.
Atención del recién nacido	• Prestación de cuidados esenciales al recién nacido. • Detección temprana de todo signo de peligro. • Aptitudes adecuadas de tratamiento para la estabilización de complicaciones. • Derivación del recién nacido para que reciba atención de urgencia de ser necesario. • Promoción de la lactancia materna exclusiva. • Promoción de la higiene (cordón, ojos y piel) y del lavado de las manos. • Atención en el hogar del bebé de peso bajo al nacer. • Promoción y provisión de vacunas. • Promoción de la prevención de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH.	• Detección temprana de todo signo de peligro. • Concientización y sensibilización acerca de la asistencia institucional temprana en caso de complicaciones. • Sistema de traslado comunitario en caso de complicaciones. • Cuidados esenciales del recién nacido. • Manejo de casos a nivel comunitario. • Promoción de la lactancia materna exclusiva. • Promoción de la vacunas
Atención después del parto	• Detección temprana de todo signo de peligro. • Aptitudes adecuadas de tratamiento para la estabilización de complicaciones. • Promoción del uso de los servicios de planificación familiar. • Promoción de la lactancia materna exclusiva. • Promoción de la prevención de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH.	• Detección temprana de todo signo de peligro. • Concientización y sensibilización acerca de la asistencia institucional temprana en caso de complicaciones. • Sistema de traslado comunitario en caso de complicaciones.

Anexo C ◢ Elementos clave para un proceso continuo y en funcionamiento del sistema de atención.

Momento	Actividades
Atención previa al embarazo para todas las mujeres en edad fértil[1, 2]	• Acceso a la asistencia sanitaria de buena calidad para todas las adolescentes. • Vacunación (por ejemplo, la vacuna antirrubeólica y la vacuna contra la hepatitis B). • Nutrición esencial para las niñas y las mujeres, y lucha contra los trastornos de la alimentación (prevención de la obesidad, anorexia y bulimia y desnutrición por desinformación o información inadecuada sobre las dietas), incluida la administración de suplementos de ácido fólico. • Consultas médicas preventivas, evaluación de riesgos y orientación psicológica (por ejemplo, prevención del abuso de sustancias psicotrópicas, comportamientos de riesgo). • Planificación familiar, incluida la promoción de embarazos oportunos con la separación suficiente entre ellos. • Orientación y prueba de detección y tratamiento de la infección por: VIH, sífilis, estreptococos y otra infecciones de transmisión sexual • Tratamiento de las enfermedades crónicas (por ejemplo, la diabetes, el hipotiroidismo, la malaria, la tuberculosis y la enfermedad de Chagas). • Educación escolar en salud reproductiva, paternidad responsable y fomento a edades tempranas de la lactancia materna (para varones y mujeres)
Atención prenatal	Atención prenatal que comprenda cuatro consultas médicas y que incluya: • Anamnesis y exploración física, con evaluación de la presión arterial, el aumento de peso y la altura del fondo uterino, análisis de orina para detección de proteínas (tira reactiva múltiple). • Detección de anemia (concentración de hemoglobina). • Grupo sanguíneo y factor Rh. • Dos dosis de toxoide antitetánico y el refuerzo para lograr una amplia cobertura (mantener registro de las multigestantes para evitar la revacunación innecesarias) • Administración de suplementos de hierro y folato. • Orientación y prueba de detección de la infección por el VIH, abuso de drogas, detección y tratamiento de la sífilis. • Detección, tratamiento y seguimiento de la mujer con antecedentes de consumo de drogas • Detección y derivación de embarazos múltiples, posición fetal anormal, preeclampsia y eclampsia. • Planificación de los embarazos y preparativos para situaciones de urgencia. • Orientación prenatal y sobre el parto sin riesgos, y preparación para la lactancia materna. • Orientación e información de apoyo para mujeres en situación de violencia doméstica. • Movilización y participación de la comunidad. • Detección y tratamiento de infecciones maternas comunes (por ejemplo, las infecciones urinarias). • Detección y tratamiento de estreptococo para evitar infección en el recién nacido • Educación sobre aspectos higiénico dietéticos (alimentación, higiene, descanso, vestimenta) • Educación sexual en esta etapa del embarazo a la pareja y planificación sexual.
Atención del parto	Atención calificada durante los distintos períodos del parto, incluida: • La atención activa del alumbramiento • El uso del partograma • Monitorear el bienestar materno y fetal, estimular la presencia de un compañero/a que brinde apoyo, (o una persona que la parturienta elija) • Que se garanticen las prácticas de parto higiénicas y beneficiosas. • El momento óptimo para pinzar el cordón umbilical, 2 minutos después de la expulsión de la criatura. • El tratamiento y la derivación clínica en caso de complicaciones de la madre o del recién nacido (atención obstétrica de urgencias en el primer nivel), la reanimación del recién nacido, de ser necesaria. (contar con la tecnología apropiada para el traslado del recién nacido) • El conjunto de medidas de atención obstétrica de urgencia (segundo y tercer niveles). • Control y vigilancia de la parturiente de los loquios en las primeras 24 hs. • Propiciar la lactancia materna precoz (en el periodo activo de recién nacido dentro de las primeras 2hs. después del nacimiento, siempre que las condiciones de la madre y el neonato lo permitan). • Control y vigilancia de la presión arterial.

1 IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes (FCH/CA, PAHO/OMS, 2006). Encontrado en http://www.paho.org/english/ad/fch/ca/sa-servicios.htm

2 Informe del CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006; 55 (RR-6):1-23. Se lo puede consultarse en: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm.

Momento	Actividades
Atención puerperal y posnatal	Los cuidados esenciales para todos los recién nacidos deben garantizar: • El nacimiento en un ambiente sin riesgos o seguro y con acceso a la atención completa obstétrica y neonatal, • Favorecer el lazo de unión con la madre y que se evite la separación injustificada de ella, • Propiciar la lactancia materna temprana y exclusiva: succión del pecho materno tempranamente, colocación y adherencia del bebé a la mama, alojamiento conjunto de la madre y el bebé y alimentación sin restricciones, los diez pasos para una buena lactancia materna, almacenamiento adecuado de la leche materna. • Enseñanza a las madre para extracción manual de la leche para el almacenamiento adecuado de la leche materna. • El control de la temperatura corporal y enseñar a la madre para su control en el hogar y evitar el baño durante las primeras 24 horas, • El control de las infecciones, incluido el cuidado higiénico del cordón umbilical, • Después del parto, la administración de suplementos de vitamina A a la madre, • La profilaxis ocular para prevenir la conjuntivitis gonocócica, • Información y orientación con respecto a los cuidados en el hogar y los preparativos para situaciones de urgencia. • Orientar a la madre para la asistencia al 1º control en un centro de salud antes de los 5 días post-alta. • Educación a la madre para el auto control de los loquios para la identificación de situaciones de riesgo y su pronta asistencia. • Control del recién nacido que al alta o antes de dejar a la madre en el domicilia se haya colocado Vitamina K, profilaxis ocular, he inicio con el esquema de vacunación hepatitis B, • Control de apego madre - hijo
Atención adicional para los bebés pequeños	• Visitas adicionales a domicilio, apoyo a la lactancia materna, control de la temperatura del recién nacido y cuidado higiénico del cordón umbilical. • Atención adicional con respecto a la temperatura, la alimentación y la detección temprana de complicaciones y su tratamiento. • Control de la temperatura del recién nacido mediante el contacto piel con piel con la madre (método de la “madre canguro”). • Administración de un suplemento de vitamina K al nacer. • Atención clínica en un establecimiento sanitario de los recién nacidos enfermos, en particular aquellos que padecen infecciones, que son prematuros o que sufren asfixia perinatal. Seguimiento a corto y a largo plazo. • La estimulación temprana del desarrollo neural. • Establecer con la madre un cronograma de visitas y asistencia al centro de salud con la madre / familia. (especialmente con madres adolescentes).
Conjunto de medidas previas al alta (en el establecimiento o antes de que la partera deje a la madre en el caso de un parto domiciliario):	• Evaluación cuidadosa de los factores de riesgo alto o signos de peligro (tanto de la madre como del recién nacido), • Orientación para la madre y el resto de la familia con respecto a la atención preventiva, el reconocimiento de los signos de alarma, la prestación de atención (qué hacer y a dónde ir), • Promoción y derivación de la atención posnatal temprana, • Seguimiento de la atención en pos del espaciamiento de los nacimientos, la vacunación, la nutrición (lactancia materna), la vigilancia del crecimiento y el desarrollo del bebé. • Toma de muestra para FEI. • Aconsejar sobre el NO uso de infusiones en los neonatos
Garantía de la atención apropiada en el hogar para la madre y el recién nacido	• Autonomía, participación y estrategias de comunicación eficaces, incluida la participación comunitaria en la planificación de los programas de salud de la madre, del recién nacido y del niño. • La movilización y la participación comunitarias, y comunicaciones para el cambio del comportamiento prenatal y posnatal en el hogar a fin de promover: las prácticas sanitarias basadas en evidencias (lactancia materna, control de la temperatura del recién nacido y cuidado higiénico del cordón umbilical), la búsqueda de atención y la exigencia de atención clínica de calidad.
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia	• Aumento de la implementación de la Estrategia AIEPI, especialmente en las comunidades rurales y empobrecidas, incluida la primera semana de vida, que es fundamental

Anexo D ◢ Distintos tipos de atención necesaria antes, durante y después del embarazo, y los diferentes niveles de participación desde la familia hasta el establecimiento sanitario.

Fase	Intervenciones	Cobertura situacional (en aquellos casos en los que prevalecen determinadas condiciones específicas)	Intervenciones adicionales
Conjunto de medidas de atención familiar (atención familiar y comunitaria)	– La movilización y participación comunitarias y las comunicaciones para el cambio de comportamiento prenatal y posterior al nacimiento en el hogar a fin de promover: las prácticas de la atención neonatal basadas en evidencia (lactancia materna, control de la temperatura del recién nacido, cuidado higiénico del cordón umbilical), la búsqueda de atención y la exigencia de contar con atención clínica de calidad. – Promoción y práctica de la higiene del parto y derivación de las complicaciones (para partos domiciliarios).	Enfermedad de Chagas, malaria, sífilis e infecciones de transmisión sexual (ITS), la infección por el VIH/sida, TORCH	Promoción de comportamientos saludables en el hogar y de un entorno propicio para las mujeres y los recién nacidos, incluida la nutrición, la higiene y los signos de peligro, al igual que la prevención de la violencia doméstica.
Período previo a la concepción	Suplementos de ácido fólico.		
Prenatal	– Consultas de extensión, incluida la anamnesis y la exploración física, que comprenda el control de la presión arterial, del aumento de peso y de la altura del fondo uterino; análisis de orina para la detección de proteínas; detección de anemia; dos dosis de la vacuna antitetánica; detección y tratamiento de la sífilis; orientación sobre el plan de parto, las urgencias y la lactancia materna; derivación en caso de complicaciones. Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática Prevención de la artógrafo y eclampsia (administración de suplementos de calcio).	Tratamiento presuntivo intermitente de la malaria	Vacuna antirrubeólica Acceso universal a servicios de atención de la salud de calidad, incluidas la orientación y las pruebas de detección de las ITS y de la infección por el VIH/sida y acceso a la planificación familiar, incluidos programas especiales para adolescentes. Promoción del abandono del hábito de fumar y suspensión del consumo de drogas y alcohol durante el embarazo. Detección, tratamiento y orientación contra infecciones durante el embarazo, incluida la toxoplasmosis, la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por el VIH/sida (incluida la prevención de la transmisión maternoinfantil).
Durante el parto	Conjunto de medidas de atención calificada de la madre y de atención neonatal inmediata – Atención activa y vigilancia del primer período del parto (incluido el uso del cartógrafo) para el diagnóstico temprano de las complicaciones; asistente calificado durante el parto; tratamiento y derivación clínica en caso de complicaciones de la madre o del recién nacido (atención obstétrica de urgencia en establecimiento de primer nivel); detección temprana; detección y tratamiento del parto de nalgas; higiene		Promover la participación masculina durante el embarazo y el parto. Tratamiento antirretrovírico para madres y bebés seropositivos. Garantizar el transporte (por ejemplo, ambulancias) en caso de urgencias por complicaciones obstétricas o neonatales.

Fase	Intervenciones	Cobertura situacional (en aquellos casos en los que prevalecen determinadas condiciones específicas)	Intervenciones adicionales
Durante el parto continúa	en el parto; el estímulo alentador del compañero; asistencia del parto (incluida la extracción por vacío); antibióticos para la rotura prematura de aguas; administración de corticoesteroides para el parto prematuro; reanimación del recién nacido. Conjunto de medidas de atención obstétrica de urgencia – Detección y tratamiento clínico de las complicaciones obstétricas (trabajo de parto obstruido, hemorragias, hipertensión, infecciones), incluida la provisión del instrumental necesario para el parto, la cesárea y las transfusiones de sangre.		Permitir a las parturientas que beban líquidos, se puedan mover y puedan cambiar de posición durante el parto. Atención activa del alumbramiento. Atención neonatal básica: • Evaluación inmediata del recién nacido. • Evitar la separación de la madre y el recién nacido. • Iniciar la lactancia materna en la primera hora. • Aplicar las medidas profilácticas inmediatamente después del contacto piel con piel. • Suplemento de vitamina K. • Empezar con la vacunación, de acuerdo con el calendario. • Registro del recién nacido.
Posterior al parto	Atención comunitaria adicional de los lactantes de peso bajo al nacer (atención familiar y comunitaria) – Visitas a domicilio adicionales; apoyo de la lactancia materna, control de la temperatura del recién nacido y cuidado higiénico del cordón umbilical; reconocimiento temprano y búsqueda de ayuda en caso de enfermedades. Tratamiento comunitario de casos de neumonía (atención familiar y comunitaria) – Diagnóstico y tratamiento basados en el algoritmo de la neumonía, incluido el tratamiento con antibióticos por vía oral. Conjunto de medidas de atención neonatal de urgencia – atención clínica en un establecimiento sanitario para recién nacidos enfermos, en particular aquellos con infecciones, prematuros (por ejemplo, lactantes de muy bajo peso al nacer), casos de asfixia perinatal o de ictericia.	Método de las “madres canguro” (lactantes de peso bajo al nacer en establecimientos de salud)	Atención básica del recién nacido y la madre después del parto • Exploración física de la madre y el recién nacido, derivación si se encuentran signos de peligro. • Orientación sobre aspectos básicos del cuidado y la higiene neonatales, la nutrición y el reconocimiento de signos de peligro en la madre y el bebé.

Basado en: Darmstadt, G. y cols. 2005, “Evidence-based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save?” The Lancet,Vol. 365: 12 de marzo de 2005: 977-988.

Resolución CD48.R4, Rev. 1

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO EN EL CONTEXTO DEL PROCESO CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE LA MADRE, DEL RECIÉN NACIDO Y DEL NIÑO

EL 48º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (documento CD48/7);

Reconociendo que la mortalidad materna y neonatal sigue teniendo una gran repercusión sobre la mortalidad infantil en la Región, y que será necesario intensificar los esfuerzos para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio relacionadas con la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años para el 2015;

Considerando la resolución CD47.R19 (2006) sobre la salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los objetivos de la Declaración del Milenio, que recomienda la preparación de una estrategia y un plan de acción para apoyar el cumplimiento de dichos objetivos, y

Observando que el plan de acción aborda las inequidades persistentes, centrándose en los grupos marginados al tiempo que propone estrategias de cooperación técnica y métodos diferenciados para responder a diversas situaciones en los países,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

a) a que apoyen la reducción de la mortalidad materna y neonatal como una prioridad de los programas de salud mediante la ampliación, el fortalecimiento o el mantenimiento de la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño;

b) a que consideren la estrategia y el plan de acción mencionados al formular los planes nacionales, e incluyan estrategias diferenciadas que respondan eficazmente a diversas situaciones entre los países y dentro de ellos, con el fin de proteger los logros recientes y alcanzar los objetivos relacionados con la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años para el año 2015 incluidos en la Declaración del Milenio;

c) a que consideren la conveniencia de fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, para apoyar la aplicación de estrategias basadas en datos científicos encaminados a reducir la mortalidad materna y neonatal y mejorar la colaboración entre los programas y los diferentes niveles de atención;

d) a que apoyen la participación decidida de la comunidad y la sociedad civil para que estas incluyan en sus actividades medidas dirigidas a las madres, los recién nacidos y los niños, con un criterio de equidad, de género y de grupo étnico;

e) a que consideren emprender la conveniencia de facilitar y apoyar actividades nacionales que promuevan el acceso universal a la atención de salud para las madres, los recién nacidos y los niños;

f) a que consideren la conveniencia de fortalecer los marcos nacionales que protegen a las madres, los recién nacidos y los niños;

g) a que establezcan y mantengan sistemas adecuados de vigilancia e información sobre la salud del recién nacido, desglosada por sexo, estado socioeconómico, grupo étnico y educación de la madre;

h) a que forjen alianzas y asociaciones con organizaciones no gubernamentales, la comunidad, instituciones religiosas, el sector académico y de investigación y las dependencias gubernamentales pertinentes, para fortalecer y ampliar las políticas y los programas sobre la salud de la madre, del recién nacido y del niño.

2.) Solicitar a la Directora:

a) que apoye a los Estados Miembros en la elaboración de planes nacionales encaminados a reducir la mortalidad materna y neonatal dentro del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño, teniendo en cuenta la estrategia y el plan de acción regionales y procurando corregir las inequidades y centrarse en los grupos vulnerables y marginados;

b) Que colabore en las evaluaciones de los países para lograr que se apliquen medidas correctivas apropiadas y basadas en datos fidedignos;

c) Que facilite el intercambio de experiencias exitosas y promueva la cooperación técnica horizontal por los Estados Miembros a la hora de poner en práctica el plan regional de acción.

(Quinta reunión, 1 de octubre del 2008)

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

www.paho.org