



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



138.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006

Punto 4.4 del orden del día provisional

CE138/12 (Esp.)

25 mayo 2006

ORIGINAL: INGLÉS

LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS

La Región de las Américas ha realizado avances considerables en la reducción de la mortalidad de niños y lactantes; no obstante, en muchos países de América Latina y el Caribe, la elevada tasa de mortalidad neonatal no ha mejorado según lo previsto, aunque se ha logrado cierto progreso. En varios países se ha reducido notablemente la mortalidad infantil, pero sin una disminución equivalente de la mortalidad neonatal. Por ejemplo, entre 1989 y 1998, la tasa de mortalidad infantil en Bolivia cayó 29% mientras que, en ese mismo período, la mortalidad neonatal sólo disminuyó 7%. En América Latina y el Caribe existen desigualdades considerables entre los países y dentro de ellos. Las poblaciones urbanas y rurales más pobres y, de estas, los pueblos indígenas y las comunidades de ascendencia africana tienen tasas de alfabetización inferiores y menos acceso a infraestructura y servicios de salud básicos.

En este documento se presenta un análisis de la situación sanitaria del recién nacido y el nuevo enfoque para promover la salud neonatal dentro del proceso continuo de atención de la madre, el recién nacido y el niño. Resulta imprescindible que la salud neonatal ocupe un lugar prominente en el programa de acción sanitaria, haciendo hincapié en la promoción de políticas y programas eficaces; las intervenciones basadas en datos probatorios para la atención del recién nacido en los servicios de salud y las comunidades dentro del sistema de salud, y el fortalecimiento de la vigilancia centrada sobre todo en las poblaciones pobres y marginadas. A fin de que la Región alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4, la salud neonatal deberá tener carácter prioritario. La mortalidad de los recién nacidos ya no debe pasar inadvertida.

Se solicita al Comité Ejecutivo que: *a)* examine la situación actual de la salud neonatal y analice la oportunidad de aumentar su visibilidad; *b)* inste a los Estados Miembros a que aporten experiencias nacionales o locales a fin de enriquecer la base de datos probatorios en apoyo de la formulación de políticas e intervenciones; *c)* considere la necesidad de adoptar un enfoque integrado para la salud de la madre, el recién nacido y el niño basado en el método del proceso continuo de atención; y *d)* oriente a la Oficina con respecto a la viabilidad y el deseo de emprender un examen integral de la mortalidad materna y el progreso de la AIEPI, con miras a la incorporación de la salud neonatal.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
La situación actual	3
Contexto, mandatos e iniciativas mundiales	3
Contexto y foco de atención regionales	4
Problemas de la atención neonatal	5
Causas de la mortalidad neonatal	5
El proceso continuo de la atención	6
Enseñanzas extraídas	7
Los sistemas de salud y la prestación de atención al recién nacido	7
Estrategias para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia	9
La inmunización	9
Los factores maternos en la salud neonatal	10
Los micronutrientes	10
La lactancia materna	10
La transmisión maternoinfantil del VIH	11
Retos y medidas propuestas	12
La mortalidad inadvertida de recién nacidos: respuestas de políticas y programas a una prioridad urgente	12
Los sistemas de salud y el acceso universal a la atención	13
Un marco programático para la atención universal: el proceso continuo de atención	14
Formulación y fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación	15
Las alianzas	16
Áreas clave para el diálogo	18
Intervención del Comité Ejecutivo	16

Introducción

1. La Región de las Américas ha realizado avances considerables en la reducción de la mortalidad de niños y lactantes. A pesar de estos logros y de cierto progreso, en muchos países de América Latina y el Caribe, la elevada tasa de mortalidad de los recién nacidos no ha mejorado según lo previsto. En varios países se ha reducido notablemente la mortalidad infantil, pero sin una disminución equivalente de la mortalidad neonatal. Por ejemplo, entre 1989 y 1998, la tasa de mortalidad infantil en Bolivia cayó 29%, mientras que, en ese mismo período, la mortalidad neonatal sólo disminuyó 7%. En América Latina y el Caribe existen desigualdades considerables entre los países y dentro de ellos. Las poblaciones urbanas y rurales más pobres y, de estas, los pueblos indígenas y las comunidades de ascendencia africana tienen tasas de alfabetización inferiores, menos acceso a la infraestructura básica y cobertura insuficiente de los servicios esenciales de salud de la madre, el recién nacido y el niño. Por ejemplo, en Guatemala, la tasa nacional de mortalidad neonatal es de 23 por 1.000 nacidos vivos, pero en una comunidad indígena del Quiché llega a 39; es decir, casi 60% más alta (Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Jefatura de Área de Ixil, 2003).

2. La finalidad del presente documento es realizar un llamamiento para promover la salud neonatal dentro del enfoque del proceso continuo de atención de la madre, el recién nacido y el niño, a lo largo del embarazo, el parto y la niñez. Resulta imprescindible que la salud neonatal ocupe un lugar prominente en el programa de acción sanitaria, haciendo más hincapié en la promoción de políticas y programas eficaces; las intervenciones basadas en datos probatorios para la atención del recién nacido en los servicios de salud y las comunidades como parte de una estrategia del sistema de salud, y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia prestando atención especial a las poblaciones pobres y marginadas. A fin de que la Región alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5, la salud neonatal deberá tener carácter prioritario. La mortalidad de los recién nacidos ya no debe pasar inadvertida.

La situación actual

Contexto, mandatos e iniciativas mundiales

3. A partir de 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 mediante el apoyo de iniciativas internacionales, nacionales y locales dirigidas a reducir la morbilidad y la mortalidad de la madre, el recién nacido y el niño. La finalidad del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 es reducir en dos tercios la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad entre 1990 y 2015. En abril de 2005, se lanzó el Informe sobre la salud en el mundo 2005

—*¡Cada madre y cada niño contarán!*— con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud en Nueva Delhi. En el informe se insta a adoptar un criterio nuevo para salvar la vida de las madres, los recién nacidos y los niños. *Cada madre y cada niño contarán* es un estudio de amplio alcance de los obstáculos sanitarios a los que se enfrentan las mujeres y sus hijos antes y durante el embarazo, así como en el parto y las semanas, los meses y los años siguientes. Se hace especial hincapié en la situación apremiante de los recién nacidos, cuyas necesidades específicas se han escurrido por los intersticios que separan a los programas de atención de la salud maternoinfantil. Con posterioridad al Día Mundial de la Salud, la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño convocó un foro mundial que reunió a funcionarios del sector de la salud, organismos internacionales, socios para el desarrollo y grupos destacados de la sociedad civil. Los participantes ratificaron una declaración del compromiso con la salud de la madre, el recién nacido y el niño, llamada la Declaración de Delhi, como base para la acción decisiva.

4. El 12 de septiembre de 2005 se lanzó oficialmente la nueva Alianza Mundial para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, que marca un hito en la concentración intensiva y creciente de la atención mundial en este tema. Su objetivo es armonizar e intensificar las acciones a los niveles nacional, regional y mundial en apoyo de los ODM 4 y 5 y salvar las vidas de millones de mujeres y niños mediante la ampliación del acceso a intervenciones de utilidad comprobada y económicas. Dada la magnitud de este reto, ningún país, organización u organismo puede afrontarlo por sí solo.

Contexto y foco de atención regionales

5. La mortalidad neonatal actualmente representa 60% de las defunciones de lactantes en América Latina y el Caribe, la mayoría de las cuales podría evitarse. Las tendencias en la reducción de la mortalidad neonatal revelan que los avances son lentos; persisten las desigualdades en el acceso a la atención de salud, incluida la atención primaria. La salud materna deficiente contribuye significativamente al riesgo de mortalidad neonatal. En América Latina y el Caribe, está en marcha la evaluación del estado de las políticas de salud neonatal. Una de cada 130 madres en América Latina y el Caribe se enfrenta al riesgo de muerte. En cambio, en países más desarrollados como Canadá, la tasa es de 1 por cada 7.750 (OPS, 2003). En los países en desarrollo, se ha comprobado que la muerte de la madre en el parto puede llevar a la muerte posterior del lactante.

6. Para hacer frente a esta situación, en los últimos años la OPS/OMS ha elaborado estrategias fundamentales, puesto en marcha iniciativas y aprobado varias resoluciones de los Cuerpos Directivos respectivos, tales como: la resolución WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño

(2005); la resolución CD45.R3, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud (2004); resolución CSP26.R14, Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (2002). Varios otros compromisos mundiales atañen directamente a los temas planteados en el presente documento, como la Declaración de Compromiso emanada del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; el compromiso mundial para el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y el sida (Cumbre del G8, 2005) y el Llamamiento a la acción para una generación sin VIH y sin SIDA del Foro de Socios Mundiales de Alto Nivel para la Prevención de la Transmisión Maternoinfantil (Abuja, Nigeria).

Problemas de la atención neonatal

7. En América Latina y el Caribe Cada año nacen casi 12.000.000 bebés, y se calcula que unos 400.000 niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad, 270.000 antes del primer año y, de estos últimos, 180.000 en el primer mes de vida (OPS, 2004).

8. En América Latina y el Caribe, la mortalidad neonatal, definida como la muerte en los primeros 28 días de vida, se calcula en 15 por 1.000 nacidos vivos; se calcula que la tasa de mortinatalidad se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal (TMN). Esta última representa 60% de las defunciones de menores de 1 año de edad y 36% de la mortalidad de los menores de 5 años de edad; la mayoría de estas defunciones son evitables. Las tasas de mortalidad son más altas en Haití, Bolivia y Guatemala, donde alcanzan niveles cinco a seis veces superiores a los de los países con las tasas de mortalidad más bajas, como Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (OPS/AIS, 2005).

9. Los factores que contribuyen a causar una mortalidad neonatal elevada comprenden la visibilidad baja de las defunciones de los recién nacidos y de la salud del recién nacido en los entornos prioritarios nacionales; las desigualdades en el acceso a parteras calificadas y a la atención primaria de salud; y una salud materna deficiente constante, que acrecienta considerablemente el riesgo de mortalidad neonatal. Además, las intervenciones que se concentran en los bebés para mejorar aún más los resultados son deficientes o inexistentes.

Causas de la mortalidad neonatal

10. En la figura 2 se muestran las principales causas de la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe, que son las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematuridad (24%), las malformaciones congénitas (10%) y otras (7%) (OPS, 2004).

11. Si bien algunas son causas directas, otras, como en la mayoría de casos de prematuridad y de peso bajo al nacer, pueden constituir factores predisponentes. La OPS calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos en América Latina y el Caribe sufren peso bajo al nacer (pesan menos de 2.500 g al momento del nacimiento) (OPS/AIS, 2005). El peso bajo al nacer guarda una relación estrecha con la mayor morbilidad neonatal y se calcula que causa entre 40 y 80% de las muertes de lactantes en el período neonatal (OPS/AIS, 2005).

12. Otras causas indirectas son los factores socioeconómicos como la pobreza, la educación deficiente (especialmente la educación materna), falta de autonomía, el acceso limitado a la atención y las prácticas curativas tradicionales entorpecedoras. Entre los pobres de las zonas rurales y urbanas, otras comunidades marginadas y las poblaciones indígenas y de ascendencia africana, la mortalidad neonatal es desproporcionadamente alta.

13. Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal y que las primeras 24 horas determinan el futuro del niño. En países donde la tasa de mortalidad infantil no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de lactantes ocurren en el primer mes de vida.

El proceso continuo de la atención

14. A nivel mundial, el proceso 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 el medio esencial para la supervivencia y el bienestar de las madres y los recién nacidos. El recién nacido no puede considerarse separado de la madre, y su supervivencia es responsabilidad del profesional capacitado a cargo de la atención de la madre y del recién nacido durante las horas decisivas que siguen al nacimiento. La estrategia de la OMS en relación con el proceso continuo de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño abarca desde antes del embarazo hasta la niñez de la criatura, pasando por el parto y el puerperio. A fin de reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil, en la estrategia se recomienda el mayor uso de intervenciones económicas conocidas de carácter fundamental. Para ello se debe invertir en el fortalecimiento de los sistemas de salud, con atención especial a la capacitación y el despliegue de profesionales de la salud, como médicos, parteras y enfermeras.

Enseñanzas extraídas

Los sistemas de salud y la prestación de atención al recién nacido

Las reformas del sistema sanitario

15. Muchos países de América Latina y el Caribe se enfrentan a la reforma del sistema sanitario a fin de abordar el aumento del acceso y del uso de la atención de salud. Una de las barreras reconocidas al acceso es que muchos países imponen aranceles que deben pagar los usuarios para tener acceso a los servicios básicos de salud materna y neonatal, lo cual constituye una preocupación fundamental, en especial para las poblaciones pobres y más vulnerables. Además, todavía deben superarse barreras con respecto a la falta de modelos de atención culturalmente pertinentes.

16. Con el propósito de abordar los obstáculos económicos, culturales y estructurales para garantizar la salud de las mujeres y los niños, algunos países de la Región están emprendiendo procesos de reforma adecuados dirigidos a lograr el acceso a servicios de salud materno-infantil de buena calidad. Estas reformas se centran en la continuidad de la atención de la salud de mujeres y niños (Brasil), en iniciativas nacionales para un seguro de salud materno-infantil (Bolivia) y en programas de atención gratuita de maternidad (Ecuador). Debido a la estrecha relación entre la salud de la madre y del recién nacido, la atención obstétrica esencial se ha ampliado para incluir la atención neonatal esencial (Bolivia, Honduras, Nicaragua y Paraguay), con la integración de la atención de las necesidades de personal capacitado, suministros, apoyo de la comunidad y procesos de remisión de pacientes cuando está indicado.

17. Bolivia, El Salvador, Paraguay y Perú, entre otros, han implantado sistemas para la vigilancia de la mortalidad materna y han establecido comités para el análisis de la mortalidad materna en los niveles nacional y departamental. Bolivia y Paraguay ya han integrado la mortalidad neonatal en estos sistemas, si bien no ha comenzado la ejecución. Se llevó a cabo un examen de las experiencias de la comunidad en América Latina y el Caribe que abarcó cinco estudios de casos que redujeron casi en 50% la mortalidad perinatal (Haes et al., 2004). Las organizaciones privadas de voluntarios (OPV) y las organizaciones no gubernamentales (ONG) desempeñaron una función fundamental para llegar a las comunidades remotas y periféricas subatendidas con intervenciones de utilidad comprobada y bajo costo para reducir la mortalidad neonatal a nivel de la comunidad. Estas organizaciones proporcionaron vínculos útiles entre las comunidades, otros actores de la atención de la salud y el gobierno y funcionaron como elementos clave del sistema de salud.

18. Por lo que hace a los recursos humanos para la asistencia capacitada del parto, algunos países, tales como Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay y Perú, cuentan con un programa universitario de cinco años para la capacitación de parteras y, en todos los países, existe formación en el ámbito de la enfermería. Estos programas de partería capacitan en la atención de la madre y del recién nacido en los establecimientos y algunos se basan en el proceso continuo de atención, un método holístico e integrado para la maternidad y el parto sin riesgos.

19. Sin embargo, suele no hacerse suficiente hincapié en las aptitudes requeridas para la atención del bebé y muy pocos de estos programas abordan las intervenciones comunitarias. Se ha demostrado que la disponibilidad y la atención de parteras y enfermeras capacitadas en la atención del recién nacido son factores fundamentales para reducir la mortalidad neonatal.

La atención y el acceso a asistencia calificada del parto

20. En promedio, si bien varía ampliamente por país, 79% de los partos en América Latina y el Caribe tienen lugar en establecimientos. En las zonas rurales, suele ser limitado el acceso a suministros, equipo en funcionamiento y servicios de derivación. Además, una proporción significativa de los nacimientos en zonas rurales pueden ser atendidos por enfermeras auxiliares que no cuentan con la capacitación de partería necesaria. Por otra parte, incluso las “parteras capacitadas” tal vez no tengan siempre el nivel de competencia requerido para solucionar eficazmente los problemas tanto de la madre como del bebé. En los países donde se da a luz principalmente en el hogar, las tasas de mortalidad neonatal son las más altas. La proporción más alta de partos en el hogar, según se desprende de encuestas de demografía y salud, se encuentra en Haití (77%), Guatemala (60%), Honduras (44%), Bolivia (40%) y Nicaragua (33%). Estos partos suelen ser atendidos por una partera tradicional o, en algunas comunidades, por un miembro de la familia.

21. Es frecuente que los hospitales y otros establecimientos den de alta a las madres y sus bebés en las seis horas que siguen al parto, si bien todavía es alta la probabilidad de sufrir una complicación que podría poner en peligro la vida. Por lo general, faltan normas y protocolos para la atención de los bebés en alto riesgo, como los prematuros y los que tienen peso bajo al nacer, o los que fueron reanimados. En algunos países de América Latina y el Caribe, a causa de las prácticas culturales en relación con el parto y el puerperio, se tiende a aislar a las madres y a los bebés dentro de sus hogares durante períodos variables de hasta seis semanas. La falta de autonomía de las mujeres, la falta de conciencia sobre las necesidades maternoinfantiles, las dificultades en el transporte y la calidad deficiente de la atención en algunos de los servicios existentes de los establecimientos son otras barreras que entorpecen la utilización de los servicios de salud.

Estrategias para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

22. La versión genérica de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) se aplica a nivel del establecimiento a niños que tienen entre 1 semana y 5 años de edad. La atención integrada se logra con el mejoramiento de las aptitudes del personal de salud para el diagnóstico preventivo, la atención preventiva y curativa y la promoción del conocimiento y los comportamientos saludables relacionados con la atención de los niños. El componente neonatal, que incluye la primera semana de vida, se formuló más recientemente y se considera crucial para reducir más la mortalidad infantil. El algoritmo de atención y tratamiento promueve las competencias basadas en datos probatorios en el establecimiento sanitario y en la comunidad. A partir de 2003, la estrategia se ha aplicado en un grado variable en Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay Perú y la República Dominicana. En algunos casos, se ha acompañado de la capacitación de los trabajadores de salud a nivel hospitalario para la reanimación neonatal, en colaboración con la Academia Estadounidense de Pediatría, organizaciones no gubernamentales e instituciones sin fines de lucro.

23. Este método se ha difundido aún más con el apoyo de la OPS, en colaboración con ministerios de salud, organismos profesionales nacionales de pediatras, perinatólogos y neonatólogos, así como organizaciones comunitarias. En 2002 comenzó la formulación del componente comunitario de la AIEPI neonatal y se evaluó por primera vez en la República Dominicana y Perú; se adaptó aún más conforme a las enseñanzas extraídas. Con el apoyo de la OPS, el UNICEF y las ONG, como SNL/Save the Children, se difundió a Bolivia y Paraguay. Por otra parte, en algunos países como Bolivia, Guatemala y Honduras, se está adaptando el programa de estudios de la facultad de medicina con el propósito de incluir componentes de atención del recién nacido. A medida que se acumulan experiencias con la aplicación de la AIEPI neonatal, las enseñanzas extraídas configuran la formulación de políticas y programas en estos países.

La inmunización

24. La inmunización ha contribuido apreciablemente a la reducción de la mortalidad neonatal e infantil en toda la América Latina y el Caribe. Desde 1990, la mortalidad por sarampión, tétanos neonatal y meningitis bacteriana causada por *Haemophilus influenzae* se ha reducido >95% en comparación con las cifras de 1990, y la mortalidad provocada por la tos ferina disminuyó >80%. Por otra parte, la inmunización ha desempeñado un papel importante en la reducción del tétanos posparto, y la vacunación contra la rubéola ha contribuido a disminuir la prevalencia del síndrome de rubéola congénita.

Los factores maternos en la salud neonatal

25. Los factores maternos que afectan a la salud neonatal son desnutrición materna, anemia, edad de la madre (menores de 18 años o mayores de 35 años), haber tenido más de cinco partos, un intervalo breve entre nacimientos (menos de tres años entre los embarazos) y complicaciones del parto (parto prolongado u obstruido, o parto de nalgas con un solo feto). Otros factores comprenden las infecciones maternas, como las infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, la infección por el VIH/sida; otras infecciones, como la infección de las vías urinarias y la malaria, y la desnutrición en las niñas y las mujeres, incluso antes del embarazo. La anemia de células falciformes es un trastorno genético que afecta a 5% de las poblaciones, principalmente las poblaciones de ascendencia africana, y puede prevenirse con programas de evaluación e información genética para las mujeres.

26. Según se mencionó anteriormente, el acceso a la atención calificada de buena calidad al momento del nacimiento es bajo en muchas partes de América Latina y el Caribe, donde se registran las tasas más altas de mortalidad y morbilidad de la madre y el recién nacido. Muchos países de esta región no tienen programas para capacitar a parteras profesionales o a enfermeras parteras.

Los micronutrientes

27. Las carencias de micronutrientes son comunes en las mujeres en edad fecunda. Muchas mujeres comienzan un embarazo con reservas insuficientes de micronutrientes y con otras manifestaciones carenciales que podrían afectar gravemente a su salud así como la del recién nacido. Según la OMS, 43% de las mujeres de 15 a 49 años de edad no embarazadas que viven en los países en desarrollo padecen anemia durante el embarazo. Esta afección se reconoce como un factor de riesgo para la mortalidad materna cuando coincide con hemorragias antes y después del parto, mortinatos y peso bajo al nacer. La carencia de vitamina A y de zinc pueden contribuir a la aparición de septicemia perinatal al deteriorar la respuesta normal a las infecciones. La carencia de ácido fólico durante el período previo a la concepción guarda relación con defectos del tubo neural y, durante el embarazo, podría relacionarse con el nacimiento de niños de pretérmino.

La lactancia materna

28. La lactancia materna se reconoce como un factor clave en la salud del recién nacido y del lactante, especialmente la lactancia temprana y exclusiva. Mientras actualmente se calcula que 90% de las madres en América Latina y el Caribe amamantan a sus recién nacidos, sólo 35% amamantan exclusivamente durante seis meses (OMS, programas de Nutrición y de Seguridad Alimentaria, 2004). Dar a los bebés otros

alimentos antes de empezar a lactarlos y la introducción temprana de otros líquidos sin aprovechar el calostro son prácticas adversas comunes en la región. Las intervenciones especiales, como mantener a la madre y el bebé juntos después del nacimiento y el contacto con la piel en la primera hora, así como el sistema de monitoreo de la lactancia materna (por ejemplo, MADLAC en Ecuador y El Salvador) han resultado útiles no solo para vigilar las prácticas de lactancia materna en los establecimientos de salud sino también, mediante el examen de datos y la acción correctiva, para mejorar los resultados de la lactancia materna. En El Salvador, con el apoyo de BASICS, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha ampliado la intervención a MADLAC PLUS con el propósito de incluir otros componentes de la atención esencial básica del recién nacido (BASICS, 2004; Pérez Escamilla, 2003).

La transmisión maternoinfantil del VIH

29. Desde principios de los años noventa la epidemia de infección por el VIH se ha convertido en una amenaza grave para la supervivencia infantil en América Latina y el Caribe, principalmente debido a la transmisión maternoinfantil (TMI). En el Brasil, unas 13.500 embarazadas fueron infectadas por el VIH en 2002. Por otra parte, entre 2000 y 2003, aumentó 24% la incidencia anual del sida entre los niños menores de 13 años de edad como consecuencia de la transmisión maternoinfantil. (*Boletim Epidemiológico AIDS, Junho 2004*). En el Caribe, el Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS calculó que solamente en 2002 nacieron entre 2.500 y 4.000 niños infectados por el VIH.

30. Una intervención económica para detener la propagación del VIH es la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI). La atención prenatal focalizada de buena calidad es un punto de acceso clave a la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. Si se integra a la asistencia prenatal, la PTMI puede prevenir al menos 50% de las infecciones por el VIH en los niños y puede contribuir a la identificación oportuna y a la derivación de las mujeres para el tratamiento con antirretrovíricos (TAR). Actualmente, varios países de América Latina y el Caribe ofrecen PTMI en 100% de sus servicios prenatales; sin embargo, hay disparidades amplias entre los países por lo que se refiere a la cobertura y el nivel de integración en la atención primaria. De aproximadamente 21 países informantes, 60% tiene cobertura inferior (OPS/OMS, Informe de la iniciativa “tres millones para el 2005” para las Américas, 2006).

31. En la región se han documentado logros ejemplares; por ejemplo, en las Bahamas, donde la incidencia de la infección por el VIH entre los niños menores de 1 año de edad disminuyó de 3 casos por 1.000 nacidos vivos en 1994 a 0 casos por 1.000 nacidos vivos en 2002 (OPS/CAREC-VIH, Situación y tendencias, 2004). Además, durante los últimos años, varios Estados Miembros han notificado cierto grado de éxito de las intervenciones para poner freno a la propagación del VIH entre los niños (Plan Regional de VIH/ITS

para el Sector de la Salud de la OPS, 2005) y poner a disposición intervenciones seguras de salud pública que pueden ayudar a lograr generaciones exentas de la infección por el VIH en las Américas para 2015.

Retos y medidas propuestas

32. Sobre la base de las enseñanzas extraídas, el nuevo centro de la atención regional que se propone serán las intervenciones de alcance sectorial basadas en datos científicos a fin de: crear un entorno favorable para elaborar y promover políticas públicas eficaces en todos los niveles, mediante el empleo de la estrategia del proceso continuo de atención para la salud de la madre, el recién nacido y el niño por tiempo y lugar, haciendo hincapié en las oportunidades desaprovechadas para los recién nacidos y en la comunidad; el establecimiento de nexos entre los programas; el mejoramiento de la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud y los niveles de derivación; la atención de salud eficaz, integrada y culturalmente pertinente; la actualización y el fortalecimiento de las competencias del personal del sector sanitario; la promoción de intervenciones para habilitar a los individuos, las familias y las comunidades; y la implantación de un sistema de vigilancia y de seguimiento y evaluación para evaluar el progreso. Los elementos clave se describen a continuación.

Mortalidad inadvertida de recién nacidos: respuestas de políticas y programas a una prioridad urgente

33. En América Latina y el Caribe, urge dar prioridad a una respuesta eficaz de las políticas y los programas a la poca visibilidad de la mortalidad de los recién nacidos y la salud neonatal. Esto exigirá el compromiso político sin precedentes, especialmente en los países prioritarios donde la mortalidad de los recién nacidos es extremadamente alta, e incluirá la promoción de protocolos y normas basados en datos probatorios así como la obtención de los recursos técnicos y financieros para facilitar y apoyar las diversas actividades. Se deberán aprobar modelos aceptados de atención para preparar al personal para que aborde las cuestiones interculturales y trabaje en contextos donde la vida del recién nacido tiene poco valor. Por lo tanto, si bien se sabe que la atención óptima de la madre durante el embarazo y el parto mejorará los resultados del recién nacido, es esencial que las políticas, estrategias e intervenciones nacionales, departamentales y comunitarias atiendan aún más las necesidades específicas del bebé para lograr los resultados necesarios propuestos en el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4.

Los sistemas de salud y el acceso universal a la atención

34. Se han documentado adecuadamente las intervenciones basadas en datos probatorios para mejorar la salud del recién nacido. Sin embargo, la ejecución programática ha estado constreñida por sistemas de salud frágiles así como por contextos que presentan desafíos en cuanto a la educación y la autonomía de las mujeres.

35. El fortalecimiento de los sistemas de salud es una prioridad regional e incluye el mejoramiento de la legislación relativa a los servicios de salud. Las maneras de fortalecer el sistema comprenden: el registro obligatorio de los recién nacidos y la notificación de la mortinatalidad y las defunciones de los recién nacidos; la formulación de políticas basadas en datos probatorios en entornos prioritarios; la garantía de financiamiento fiable para las intervenciones esenciales mediante asignaciones presupuestarias previsible; la formación adecuada de los recursos humanos; el logro de la eficiencia en la cadena de producción y los sistemas de logística; y la garantía del acceso gratuito a un conjunto esencial de servicios de salud.

36. La planificación para el acceso universal a la asistencia debe incluir la promoción de la atención calificada del parto. Los servicios deben ampliarse en consecuencia a fin de proporcionar la continuidad de la atención, con el acceso garantizado a la asistencia durante el embarazo, el parto y el puerperio durante el primer mes de vida y más. Resulta esencial el monitoreo eficaz para lograr la adhesión a normas, pautas y protocolos, lo cual incluye la supervisión de apoyo continua, el fortalecimiento de los sistemas de derivación y la gestión formativa con responsabilización, el seguimiento programado, el apoyo con hincapié en la atención primaria y un proceso de auditoría social para validar los resultados.

37. Es esencial examinar la formación en el servicio y la educación previa, así como mejorar la idoneidad del contenido de los cursos con el fin de contribuir a afianzar tanto los conocimientos como las aptitudes pertinentes para la atención del recién nacido. En concreto, las necesidades prioritarias son las aptitudes y el conocimiento para los cuidados esenciales del recién nacido, la atención de bebés vulnerables —como los lactantes de peso bajo al nacer y los nacidos de mujeres seropositivas al VIH— y la identificación de la atención esencial del recién nacido enfermo (la prioridad es el tratamiento de la asfixia perinatal, la hipotermia [el control o la regulación térmica del recién nacido prematuro] y las infecciones, que son las principales causas de muerte).

38. Las respuestas gubernamentales de políticas y programas también deben fortalecerse para abordar cuestiones de educación y autonomía de las mujeres. Será fundamental vincular a las organizaciones de mujeres y desarrollo de la comunidad, en particular las ONG y las organizaciones religiosas con eficacia y credibilidad

comprobada al nivel de la comunidad, con el gobierno y los sistemas de salud a fin de lograr las sinergias necesarias para empoderar a las mujeres, asegurar el apoyo amplio de la familia y la comunidad a las necesidades de salud de la madre y del recién nacido, mejorar la cobertura y extender la atención a los más marginados, entre estos las poblaciones pobres de zonas urbanas y rurales y las poblaciones indígenas y de ascendencia africana.

Un marco programático para la atención universal: el proceso continuo de atención

39. A fin de abordar la salud del recién nacido dentro del contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, resulta crucial el paso de la prestación fragmentada de servicios a un enfoque holístico e integrado, es decir, un proceso continuo de atención basado en prácticas óptimas y las enseñanzas extraídas. Los elementos clave son los siguientes:

- a) La atención desde el período previo al embarazo hasta el puerperio y el período posnatal a cargo de un agente sanitario calificado, preferentemente con formación de partería, dirigida a adolescentes y mujeres en edad fecunda, incluida la inmunización contra el tétanos y la rubéola, el tratamiento de las infecciones genitales, orientación para el nacimiento y preparativos para situaciones de emergencia, crianza y espaciamiento de los nacimientos. La asistencia de un agente sanitario con formación de partería responsable de la atención prenatal, la atención óptima a la madre y el bebé durante el trabajo de parto y el parto y en el puerperio y el período posnatal son puntos fundamentales en el proceso continuo de la atención y deben vincularse estrechamente con un traspaso eficaz a los servicios de la salud del niño después del primer mes de vida.
- b) La atención del hogar al hospital, que es esencial para abordar las defunciones en el período neonatal en el hogar, dado que los bebés nacidos en los establecimientos suelen recibir el alta rápidamente y muchos partos tienen lugar en el hogar. El apoyo para la lactancia materna temprana y exclusiva y el mantenimiento del recién nacido a una temperatura cálida, otros componentes para la prevención de infecciones y la atención adicional para los bebés de peso bajo al nacer y los lactantes enfermos son importantes a fin de preservar la salud de los recién nacidos (la oferta). Un gran número de factores socioculturales repercuten en la atención de la madre y el recién nacido en el hogar, por lo que se necesitan estrategias de comunicación, movilización comunitaria y empoderamiento a fin de promover los comportamientos saludables relacionados con la atención preventiva básica y motivar la búsqueda de atención apropiada (la demanda).

- c) El proceso continuo de atención desde la promoción y la prevención hasta el servicio curativo, que es esencial para lograr una disminución mayor de la mortalidad neonatal. Es importante obtener la atención apropiada en el hogar. Si bien la promoción y la prevención son importantes, los bebés padecerán problemas y la familia debe responder buscando atención del proveedor apropiado. Se sabe que existe una gran demanda de tratamiento en la comunidad y esta debe movilizarse para fortalecer la prestación de servicios. Se necesitarán estrategias eficaces para el empoderamiento, la participación y la comunicación, incluida la participación comunitaria en la planificación de programas de la salud de la madre y el recién nacido, fortalecimiento de los prestadores, las aptitudes interpersonales e interculturales, el uso de métodos de comunicación populares y los medios de difusión para asegurar la atención adecuada en el hogar y para traducir la demanda de atención y tratamiento por parte de la comunidad en una reducción de la mortalidad neonatal.

Formulación y fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación

40. Los sistemas de seguimiento y evaluación para seguir el avance de los programas de salud neonatal tienen una importancia fundamental. El establecimiento o el fortalecimiento de los sistemas de registro vital, incluido el registro de nacimientos (con peso al nacer), el registro de los mortinatos y las defunciones de recién nacidos (con la edad al momento de la muerte) es un paso fundamental en la formulación de sistemas de seguimiento y evaluación. Estos sistemas deben, como mínimo, permitir el registro y la notificación exacta y oportuna de los resultados y proporcionar los datos para la evaluación de la cobertura y la calidad del servicio y la respuesta de la comunidad. Los marcos para el seguimiento y la evaluación deben convertirse en un componente integral de la planificación de la salud de la madre, el recién nacido y el niño dentro del contexto general de los sistemas de salud. Dado que la vigilancia es también un componente esencial de la planificación y ejecución de programas, el análisis de datos para la toma de decisiones operativa debe convertirse en parte de las descripciones de tareas para el personal sanitario. Por este motivo es esencial elaborar un conjunto de indicadores ordinarios que sea viable recoger. Además, los datos deben examinarse a niveles clave para vigilar los resultados, planificar y aplicar los cambios para propiciar el cumplimiento de las metas y los resultados definidos.

41. Las encuestas demográficas y sanitarias sistemáticas e integradas y las encuestas sobre la salud materno-infantil suministran información útil para la evaluación del impacto general. Sin embargo, los ministerios de salud deben fortalecer sus sistemas de información sanitaria e incluir indicadores neonatales fundamentales y estadísticas vitales en los protocolos de datos para permitir el monitoreo de procesos y resultados. Además, deben integrarse en un marco de seguimiento y evaluación los sistemas de vigilancia

neonatales, incluidos los sistemas de vigilancia comunitaria dirigidos a incluir a la comunidad y a los actores sociales para generar procesos dinámicos que permitan recabar y analizar datos y responder con hechos concretos a los problemas de salud.

Las alianzas

42. El fortalecimiento de las alianzas mediante un plan participativo incluirá alianzas mundiales, regionales, nacionales y locales con los ministerios de salud, los donantes, los organismos de cooperación internacionales, y otros interesados directos fundamentales que comprenden la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales. La cooperación técnica de la OPS se centra en la formulación de políticas, la promoción de la causa de la salud familiar y comunitaria, la prestación de servicios, la formación de los recursos humanos, el apoyo a la movilización de recursos, la gestión de la información y el conocimiento, y la vigilancia, el seguimiento y la evaluación.

Áreas clave para el diálogo

43. La mortalidad neonatal es el factor individual contribuyente de mayor envergadura a la mortalidad en la niñez que perdura en América Latina y el Caribe y constituye un obstáculo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayoría de las muertes de recién nacidos son evitables y las intervenciones eficaces están bien documentadas. Ha llegado el momento de que los países actúen, haciendo en las siguientes áreas clave dentro del contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño:

- a) ***Mayor visibilidad de la salud neonatal y mayor capacidad para la formulación de políticas nacionales y el establecimiento de prioridades en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño en aras del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*** Se necesitan intervenciones fortalecidas de salud de la madre, el recién nacido y el niño basadas en datos probatorios, que incluyan información sobre la manera, el lugar, el momento y la razón de las muertes neonatales, al objeto de permitir elaborar mejores políticas y actividades de promoción de la causa, establecer prioridades más focalizadas y aumentar la eficacia programática en los niveles de servicio y de la comunidad. Sin estos componentes será imposible reducir sustancialmente la mortalidad neonatal, y la Región no logrará las metas en torno a la reducción de la mortalidad de menores de 5 años plasmadas en el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4.
- b) ***Formulación de marcos de política para mejorar la salud del recién nacido y reducir la mortalidad neonatal, mediante el compromiso político de alto nivel.*** Comprenderá directrices e iniciativas nacionales claras para establecer y

- fortalecer los sistemas de registros vitales, conseguir el financiamiento fiable para las intervenciones esenciales y abordar los problemas de la fuerza laboral en el sector de la salud neonatal, como los requisitos de formación previa al servicio y en el servicio de médicos, parteras y enfermeras.
- c) ***Fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar el acceso de la madre, el recién nacido y el niño a atención de salud de buena calidad y oportuna.*** La garantía del acceso universal a la atención de salud de la madre, el recién nacido y el niño debe incluir la promoción de la atención calificada del parto. Los servicios deben ampliarse en consecuencia a fin de proporcionar la continuidad de la atención, con el acceso garantizado a la asistencia durante el embarazo, el parto y el puerperio y durante el primer mes de vida y más allá. Resulta esencial el monitoreo eficaz para lograr la adhesión a normas, pautas y protocolos. Esto incluye supervisión de apoyo continua, el fortalecimiento de los sistemas de derivación y la gestión formativa con responsabilización, seguimiento programado, apoyo con hincapié en la atención primaria y un proceso de auditoría social para validar los resultados.
- d) ***Fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación.*** El seguimiento y la evaluación en todos los niveles son elementos clave en la prestación de servicios de planificación y programáticos dentro de los sistemas de salud y los sistemas de información sanitaria. El fortalecimiento de la capacidad para evaluar la repercusión, incluido el mejoramiento de los sistemas de registros vitales, así como supervisar el desempeño es un requisito fundamental para reducir la mortalidad neonatal, aminorar la vulnerabilidad y mejorar la salud neonatal. Una prioridad fundamental es el establecimiento de metas intermedias viables.
- e) ***Alianzas a favor de la salud neonatal.*** Las alianzas en varios niveles que aportan competencia y recursos adicionales a las actividades para reducir la mortalidad neonatal serán fundamentales para el éxito. Los ámbitos para la alianza productiva pueden ser: el desarrollo de los sistemas de salud mediante la participación de organismos internacionales en los mecanismos de planificación sectorial; alianzas para la capacitación del personal entre los servicios de salud y las instituciones de enseñanza; alianzas de atención primaria mediante la cooperación intrasectorial y de las entidades de la sociedad civil con servicios de salud a nivel de distrito y de los establecimientos sanitarios.

Intervención del Comité Ejecutivo

44. Se solicita al Comité Ejecutivo:
- a) Que examine la situación actual de la salud neonatal y analice la oportunidad de aumentar su visibilidad.
 - b) Que inste a los Estados Miembros a que aporten experiencias nacionales o locales a fin de enriquecer la base de datos probatorios en apoyo de la formulación de políticas e intervenciones.
 - c) Que considere la necesidad de adoptar un método integrado para la salud de la madre, el recién nacido y el niño basado en la estrategia del proceso continuo de atención.
 - d) Que oriente a la Oficina con respecto a la viabilidad y el deseo de emprender un examen integral de la mortalidad materna y el progreso de la AIEPI, con miras a la incorporación de la salud neonatal.

- - -