

Salud neonatal: proyecto de plan de acción

Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible

Informe de la Secretaría

1. Aunque en los últimos decenios se ha avanzado notablemente en la reducción del número de defunciones infantiles en todo el mundo, el descenso de las tasas de mortalidad neonatal ha sido más lento, a pesar de que gran parte de las muertes neonatales pueden prevenirse. Hoy en día existen oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de los recién nacidos, pues ahora se dispone de muchos más conocimientos sobre intervenciones eficaces, canales para la prestación de servicios y formas de acelerar la cobertura y aumentar la calidad de la atención. Muchos gobiernos y asociados han renovado recientemente su compromiso de salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos, en respuesta a la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño, a la iniciativa conexas «Todas las mujeres, todos los niños» y a las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño¹ y la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños.² Esta respuesta ha puesto en marcha una iniciativa, a cargo de múltiples interesados, que propone a la comunidad sanitaria mundial la elaboración de un proyecto de plan de acción mundial.

PREPARACIÓN DEL PROYECTO DEL PLAN DE ACCIÓN

2. La preparación del proyecto de plan de acción en salud neonatal ha estado orientada por el asesoramiento de expertos y asociados, dirigidos por la OMS y el UNICEF, y por los resultados de varias reuniones consultivas en las que participaron múltiples interesados en distintos foros mundiales y regionales.

3. A continuación tuvo lugar un nuevo proceso consultivo con los Estados Miembros, en particular sobre los objetivos y las medidas propuestas en relación con las cinco orientaciones estratégicas del proyecto de plan de acción y sus metas conexas, en una reunión mundial y dos reuniones regionales de partes interesadas. Además se publicó una versión del proyecto de plan de acción en el sitio web de la OMS en diciembre de 2013 con miras a que lo consultaran los Estados Miembros y otros interesa-

¹ Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. *Keeping promises, measuring results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, Informe de la Comisión: septiembre de 2012. Nueva York, Naciones Unidas, 2012.

dos antes de la 134.^a reunión del Consejo Ejecutivo. En esa reunión, el Consejo tomó nota del proceso propuesto para seguir elaborando el proyecto de plan de acción.¹

4. A continuación se procedió a una consulta basada en la web, que se expone en el documento EB134/17 Add.1. El 4 de febrero de 2014 se envió a los Estados Miembros una nota verbal en la que se describía el proceso y se solicitaban observaciones. Además, la información acerca de la consulta en línea se difundió ampliamente en las redes sociales y otras redes relacionadas con la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño con el fin de alentar una respuesta lo más amplia posible.

5. Cuando se cumplió el plazo, el 28 de febrero de 2014, se habían recibido más de 300 observaciones, incluidas las respuestas de 43 agentes estatales, 23 asociaciones profesionales, 102 organizaciones no gubernamentales y numerosos particulares. La Secretaría tuvo en cuenta todas esas observaciones durante la revisión del proyecto de plan de acción.

6. El plan propuesto, «Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible», expone objetivos y medidas claras para los Estados Miembros y otros interesados. También propone indicadores que pueden emplearse para evaluar tanto los avances que se realicen en la aplicación como el impacto del plan de acción.

ANTECEDENTES

7. El número de defunciones infantiles ha disminuido notablemente en los últimos decenios, en gran medida gracias a intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad después del primer mes de vida. La tasa de mortalidad entre los niños menores de cinco años ha caído a nivel mundial en casi un 50% (desde 90 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 hasta 48 muertes por 1000 nacidos vivos en 2012), pero la tasa de mortalidad de recién nacidos solo cayó en un 37% (de 33 muertes por 1000 nacidos vivos a 21 muertes por 1000 nacidos vivos) en el mismo periodo, representando en 2012 el 44% de la mortalidad infantil total.²

8. Muchas muertes de recién nacidos pueden prevenirse y podrían evitarse aplicando las medidas propuestas en este plan y alcanzando sus objetivos y metas. El proyecto de plan de acción se basa en los datos que confirman la eficacia de determinadas medidas y reconoce que la supervivencia de un neonato es un marcador sensible de la respuesta de un sistema de salud en favor de sus ciudadanos más vulnerables, y pide a todos los interesados que mejoren la calidad de la atención de salud y el acceso de las mujeres y los recién nacidos a ella en el marco del proceso asistencial continuo que se extiende desde el periodo pregestacional y el embarazo hasta la infancia y la adolescencia.

9. El proyecto de plan de acción prevé un mundo sin mortalidad neonatal ni mortinatalidad prevenibles, en el que todos los embarazos serán deseados, todos los nacimientos se festejarán y en el que las mujeres, los bebés y los niños sobrevivirán, prosperarán y alcanzarán su máximo potencial. Para que esa visión se materialice, el plan propone objetivos estratégicos, objetivos en materia de mortalidad y metas de cobertura y calidad de la atención de aquí a 2035, con objetivos intermedios para 2020,

¹ Véanse las actas resumidas de las sesiones cuarta (sección 4) y séptima del Consejo Ejecutivo en su 134.^a reunión (documento EB134/2014/REC/2).

² UNICEF, OMS, Banco Mundial, Naciones Unidas. Levels and trends in child mortality: report 2013. New York, UNICEF, 2013.

2025 y 2030. Los objetivos de mortalidad se relacionan con la cobertura buscada en materia de atención de calidad para las mujeres y los bebés en torno al nacimiento, la atención de los recién nacidos enfermos y de bajo peso y la atención posnatal. El plan de acción incluye un marco de impacto, hitos (anexo 1) e indicadores para medir los progresos realizados (anexo 2).

10. Elaborado en el contexto de la iniciativa «Todas las mujeres, todos los niños», el plan tiene como propósito mejorar y apoyar la planificación y aplicación, de forma coordinada e integral, de medidas específicamente orientadas al recién nacido en el contexto de las estrategias y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido, del niño y del adolescente. El objetivo es alcanzar una cobertura equitativa y de calidad con atención esencial, de derivación de casos y de urgencia para las mujeres y los recién nacidos de todos los países mediante vínculos con otros planes mundiales y nacionales, así como actividades de medición y rendición de cuentas.

11. El centro de interés primordial es la supervivencia y la salud del recién nacido y la prevención de la muerte prenatal. Esas metas no estaban incluidas en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, por lo que recibieron menos atención e inversiones, lo que dio lugar a menores reducciones de la mortalidad.

12. La mortinatalidad, la supervivencia y la salud del recién nacido están intrínsecamente asociadas a la supervivencia, la salud y la nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante los embarazos y entre estos. Los periodos de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para la mujer y el niño son las horas que preceden al parto y las horas y los días que lo siguen. Por consiguiente, el proyecto de plan de acción hace hincapié en la necesidad de llegar a todas las mujeres y todos los recién nacidos durante el periodo en el que son más vulnerables, es decir, en el trabajo de parto, el nacimiento y los primeros días de vida del recién nacido. La intervención en este periodo crítico es la que ofrece las mayores posibilidades de poner fin a las muertes neonatales, las muertes prenatales y las muertes de madres que pueden prevenirse, por lo que la rentabilidad de la inversión es triple. El plan forma parte de la iniciativa más general que pretende poner fin a las muertes de madres y recién nacidos. También se necesita un amplio plan de acción para las madres que dé orientaciones sobre la atención en el periodo pregestacional y durante el embarazo.

13. El plan de acción se ha elaborado en estrecha consulta con las partes interesadas; la versión preliminar publicada en el sitio web de la OMS en febrero de 2014 suscitó más de 300 observaciones formales. El plan tiene en cuenta todas las aportaciones, así como las conclusiones de un análisis de los obstáculos que se oponen a la ampliación de escala de las intervenciones eficaces para mejorar la salud del recién nacido, un análisis epidemiológico completo y un examen de los datos relativos a la eficacia de las intervenciones propuestas.

COMPROMISOS YA CONTRAÍDOS

14. La ejecución del plan de acción reforzará los compromisos existentes, como el formulado en la iniciativa Planificación Familiar 2020 «Una promesa renovada»¹, en el que se hace un llamamiento para poner fin a las muertes infantiles prevenibles, y sólidas iniciativas regionales y mundiales para poner fin a las muertes maternas que pueden prevenirse. Habida cuenta de la gran proporción de muertes de menores de cinco años que se producen en el periodo neonatal y el estrecho vínculo que existe entre la mortalidad materna y la neonatal, esos compromisos no se cumplirán a menos que se

¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe sobre los progresos de 2013. Nueva York, UNICEF, 2013.

hagan esfuerzos específicos encaminados a reducir la mortalidad neonatal y la mortinatalidad. El plan se apoya en otros planes de acción mundiales, como los relativos a la nutrición, las vacunas, el paludismo, la neumonía, la diarrea, el agua y saneamiento, y la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y el tétanos neonatal, establece vínculos con ellos y tiene en consideración múltiples marcos temporales para lograr los objetivos y metas de esos compromisos ya existentes.

15. Muchos gobiernos y asociados han renovado su compromiso de salvar las vidas de mujeres y recién nacidos, en respuesta a la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño (lanzada en 2010) y la iniciativa conexas «Todas las mujeres, todos los niños», y a las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño¹ y la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños.² Reconociendo que los avances en materia de salud del recién nacido han ido retrasados respecto de los realizados en salud de la madre y el niño, el plan de acción lleva más adelante la misión de la Estrategia Mundial, apoyando el llamamiento realizado por la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño, de que se consignent recursos y se acelere la aplicación de medidas nacionales para lograr un proceso asistencial continuo en materia de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño. Esas iniciativas también afirman la salud de la mujer y el niño como cuestión de derechos humanos fundamentales.

16. El Marco mundial de inversiones para la salud de la mujer y el niño³ estima que una inversión adicional de US\$ 5 por persona al año en salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño en todo el proceso asistencial generaría un rendimiento nueve veces mayor en forma de beneficios sociales y económicos en los países con mayor carga.

17. En 2011 la 64.^a Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA64.12 sobre la función de la OMS en el seguimiento de la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Nueva York, septiembre de 2010), expresó su honda preocupación por la lentitud y la falta de uniformidad de los avances hechos en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5. En su resolución WHA64.13, Hacia la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal, la Asamblea de la Salud observó que el avance en la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal se había estancado y pidió a la Directora General que promoviera planes específicamente destinados a mejorar el acceso a servicios de salud seguros y de calidad para la prevención y el tratamiento de las afecciones perinatales y neonatales. El proyecto de plan de acción responde a esa solicitud y refleja también las decisiones de la Asamblea de la Salud en su resolución WHA64.9 sobre estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal.

DERECHOS

18. Con arreglo a los artículos 6 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, todo recién nacido tiene derecho intrínseco a la vida, la supervivencia y el desarrollo, al más alto grado posible de

¹ Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Keeping promises, measuring results. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, Informe de la Comisión: septiembre de 2012. Nueva York, Naciones Unidas, 2012.

³ Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. Lancet 2013; avance de publicación en línea, 19 de noviembre. doi:10.1016/S0140-6736(13)62231-X.

salud y al acceso a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. La noción de obligación jurídica se ve reforzada en la Observación General n.º 15 del Comité de los Derechos del Niño, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud,¹ que especifica que los Estados tienen la obligación de reducir la mortalidad infantil y que se preste especial atención a la mortalidad neonatal.

19. El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas acogió favorablemente la orientación técnica sobre la aplicación de un enfoque de derechos humanos en la ejecución de políticas y programas encaminados a reducir la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles en septiembre de 2012,² reforzando los derechos de las mujeres a tener acceso a servicios de calidad, apropiados y asequibles y a recibir apoyo a lo largo de todo el proceso asistencial. La resolución A/HRC/22/L.27/Rev.1 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud afirmó la importancia de aplicar un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad materna e infantil prevenibles y pidió a los Estados que renovasen su compromiso político a ese respecto y adoptasen medidas para hacer frente a las principales causas de la mortalidad materna e infantil.

SITUACIÓN ACTUAL

20. Además de los 2,9 millones de niños que mueren en el primer mes de vida, se calcula que hay 2,6 millones de mortinatos (fallecidos en el último trimestre de la gestación o durante el parto) y que cada año fallecen unas 287.000 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto. La tasa anual media mundial de reducción de la mortalidad neonatal desde 1990 ha sido un 2,0%, inferior a la de la mortalidad materna (3,1%) y la mortalidad de menores de cinco años (2,9%).³

21. La mayoría de las muertes de recién nacidos se producen en países de ingresos bajos y medianos. Dos terceras partes de ellas se concentran en 12 países,⁴ seis de los cuales están en el África subsahariana. Los países con una tasa de mortalidad neonatal de 30 o más muertes por 1000 nacidos vivos totalizan el 60% de las muertes de recién nacidos.⁵

22. Muchos de los países con una alta carga de mortalidad neonatal han vivido recientemente conflictos o situaciones de emergencia humanitaria. Otros tienen sistemas de salud débiles con infraestructuras limitadas y baja densidad de profesionales sanitarios calificados; además, el gasto directo para la población es alto. La falta de equidad en el acceso de las mujeres y los niños a servicios de salud de calidad da lugar a marcadas disparidades en las tasas de mortalidad y la cobertura de las intervenciones, tanto entre países como dentro de ellos. Sin embargo, desde 2000, 11 países de bajos ingresos han

¹ Convención sobre los Derechos del Niño, documento CRC/C/GC/15.

² Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, resolución A/HRC/21/L.10.

³ OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012, y http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf, respectivamente.

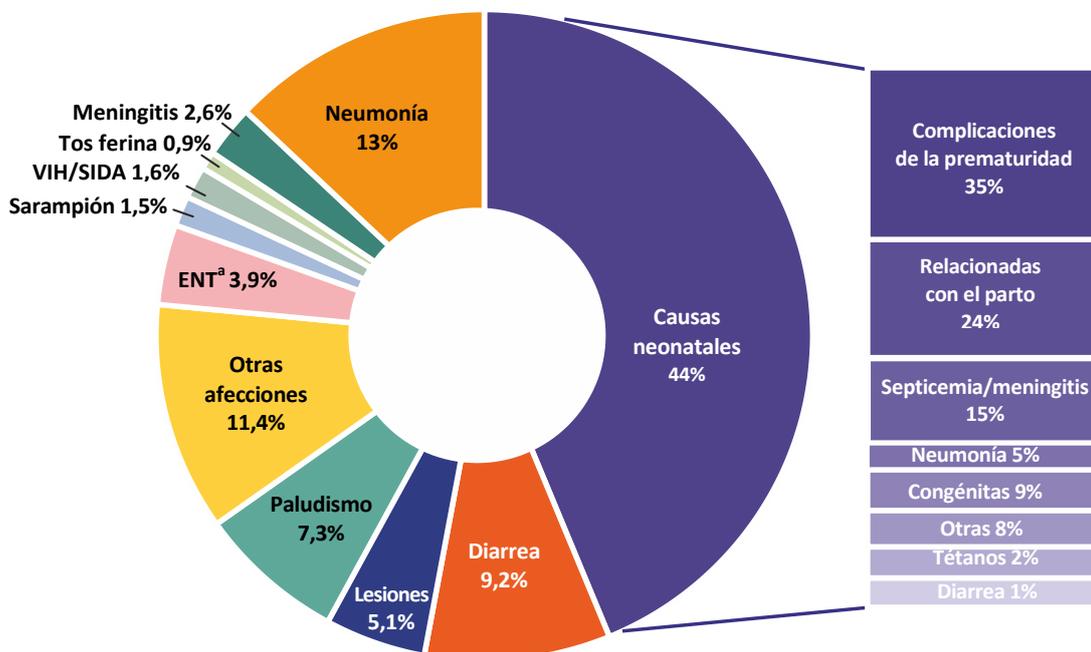
⁴ Por orden descendente de la cifra anual de muertes neonatales: India, Nigeria, Pakistán, China, República Democrática del Congo, Etiopía, Bangladesh, Indonesia, Angola, Kenya, República Unida de Tanzania, Afganistán.

⁵ Afganistán, Angola, Burundi, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Etiopía, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, India, Lesotho, Malí, Mauritania, Mozambique, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia, Sudán del Sur, Swazilandia, Togo y Zimbabwe.

reducido sus tasas de mortalidad neonatal en más del 40%¹, demostrando que es posible avanzar con rapidez.

23. Tres causas fueron responsables de más del 80% de la mortalidad neonatal en 2012 (figura 1): las complicaciones de la prematuridad, las muertes neonatales relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal) y las infecciones neonatales. Las complicaciones de la prematuridad son también la segunda causa de muerte de menores de 5 años. Cada año se producen 15 millones de nacimientos prematuros y 32,4 millones de niños nacen con un peso inferior al 10º percentil de su edad gestacional, 10 millones no respiran al nacer y de ellos 6 millones requieren reanimación (ventilación mediante bolsa y mascarilla).

Figura 1. Causas de muerte de menores de 5 años, 2012



Más del 80% de las muertes neonatales se producen en bebés de bajo peso (prematuros o pequeños para la edad gestacional) en los lugares con mayor carga.

^a ENT = enfermedades no transmisibles.

Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2014

24. Los mayores riesgos de muerte gestacional, neonatal y a lo largo de la lactancia y la primera infancia son los que corren los bebés de pequeño tamaño y poco peso al nacer, es decir, los que nacen antes de tiempo o son pequeños para la edad gestacional. Más del 80% de las muertes de recién nacidos se producen entre bebés de pequeño tamaño en Asia meridional y África subsahariana.

25. Las discapacidades siguen siendo una cuestión importante. Muchas podrían prevenirse mediante cuidados adecuados durante el trabajo de parto y el nacimiento, así como en el periodo neonatal.

¹ Bangladesh, Camboya, Egipto, El Salvador, Malawi, Mongolia, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal y Sri Lanka.

Los bebés prematuros que sobreviven al primer mes de vida se enfrentan a un riesgo mayor de mortalidad posneonatal, trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo, retraso del crecimiento y enfermedades transmisibles. Los bebés que son pequeños para su edad gestacional pueden padecer retraso del crecimiento y trastornos metabólicos en la edad adulta. Cuatro millones de recién nacidos a término o poco antes del término padecen otras afecciones que ponen en riesgo su vida, como lesiones cerebrales relacionadas con el parto, infecciones bacterianas graves e ictericia patológica, que producen trastornos para toda la vida. Más de un millón de recién nacidos sobreviven cada año con trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo. Por consiguiente, es importante no limitarse a la supervivencia y proporcionar la debida atención de seguimiento a los niños afectados por estos trastornos, con el fin de asegurar una detección precoz y una atención y rehabilitación apropiadas. Como subraya el artículo 23 de la Convención de los Derechos del Niño, también es importante atender las necesidades de los niños con discapacidad mental o física.

26. Alrededor del 10% de la carga de morbilidad mundial guarda relación con afecciones neonatales y congénitas. Como reconoció la Asamblea de la Salud en la resolución WHA63.17 sobre defectos congénitos, los factores que llevan a los defectos congénitos y anomalías congénitas pueden influir en los resultados sanitarios para los bebés que sobreviven al periodo neonatal, al igual que muchas de las diversas causas y determinantes de los trastornos congénitos. La prevención de los defectos de nacimiento y la prestación de atención a los niños afectados deben integrarse en los servicios existentes de salud materna, reproductiva e infantil, con prestación de servicios sociales a todos los que los necesiten.

27. Los determinantes sociales son un importante factor en la salud de las madres y los recién nacidos. La pobreza, la desigualdad y la agitación social perjudican la atención de la madre y el recién nacido por muy diversos cauces, entre ellos un estado nutricional deficiente de las niñas y las mujeres (incluso durante el embarazo) y carencias en materia de vivienda y saneamiento. Las emergencias humanitarias complejas desencadenan importantes movimientos de población (que incluyen a mujeres embarazadas y recién nacidos) y ponen en peligro el acceso a sistemas de salud operativos. Los bajos niveles de instrucción, la discriminación por razón de sexo y la falta de capacitación impiden a las mujeres acudir a los servicios de atención de salud y tomar las decisiones más adecuadas para ellas mismas y para la salud de sus hijos, lo que acarrea retrasos peligrosos y muertes que no tendrían por qué producirse. Este plan de acción reconoce los vínculos inherentes entre los factores relacionados con el contexto y la salud de las madres y los recién nacidos y se centra primordialmente en soluciones que parten del sistema sanitario.

INTERVENCIONES EFICACES PARA MEJORAR LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

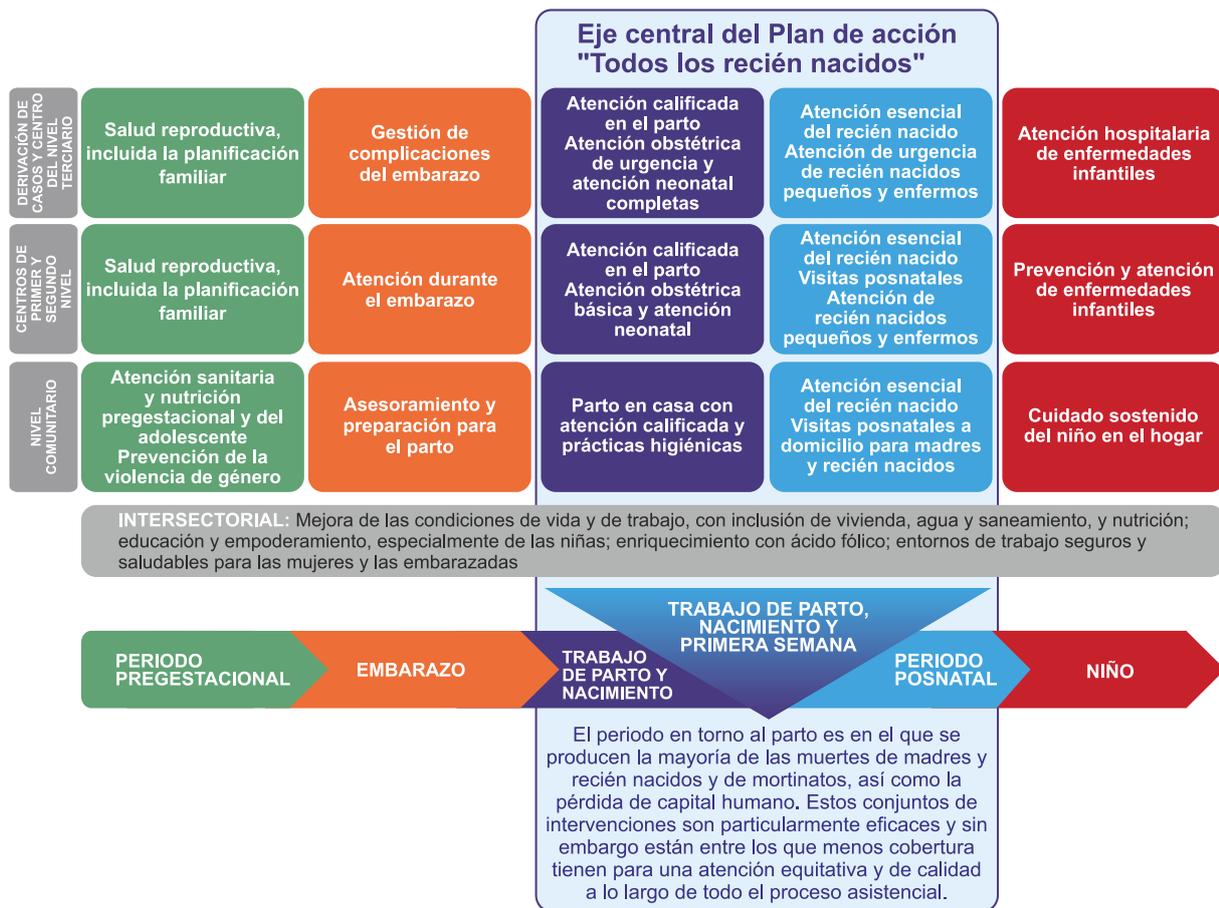
28. Hoy en día existen oportunidades sin precedentes para mejorar la salud del recién nacido, tras decenios de análisis e investigación que han generado información sobre la carga y las causas de la mortalidad neonatal, han demostrado intervenciones eficaces y canales para la prestación de servicios y han encontrado formas de acelerar el avance en la ampliación de la cobertura de intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad.¹

29. Las intervenciones eficaces orientadas a mejorar la supervivencia y la salud de los recién nacidos constituyen uno de los componentes de los servicios integrados de salud reproductiva, materna, del recién nacido, del niño y del adolescente (figura 2). Se han documentado adecuadamente en todas

¹ Recopilación de recomendaciones de la ONU sobre salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/, consultado el 27 de marzo de 2014).

las etapas de la vida y se han agrupado en conjuntos concebidos para los diversos niveles de prestación de servicios.¹ Muchas de ellas se dispensan desde plataformas comunes para la prestación de atención de salud; la planificación y la dispensación integradas pueden garantizar unos servicios de salud eficientes y eficaces para las mujeres y los niños.

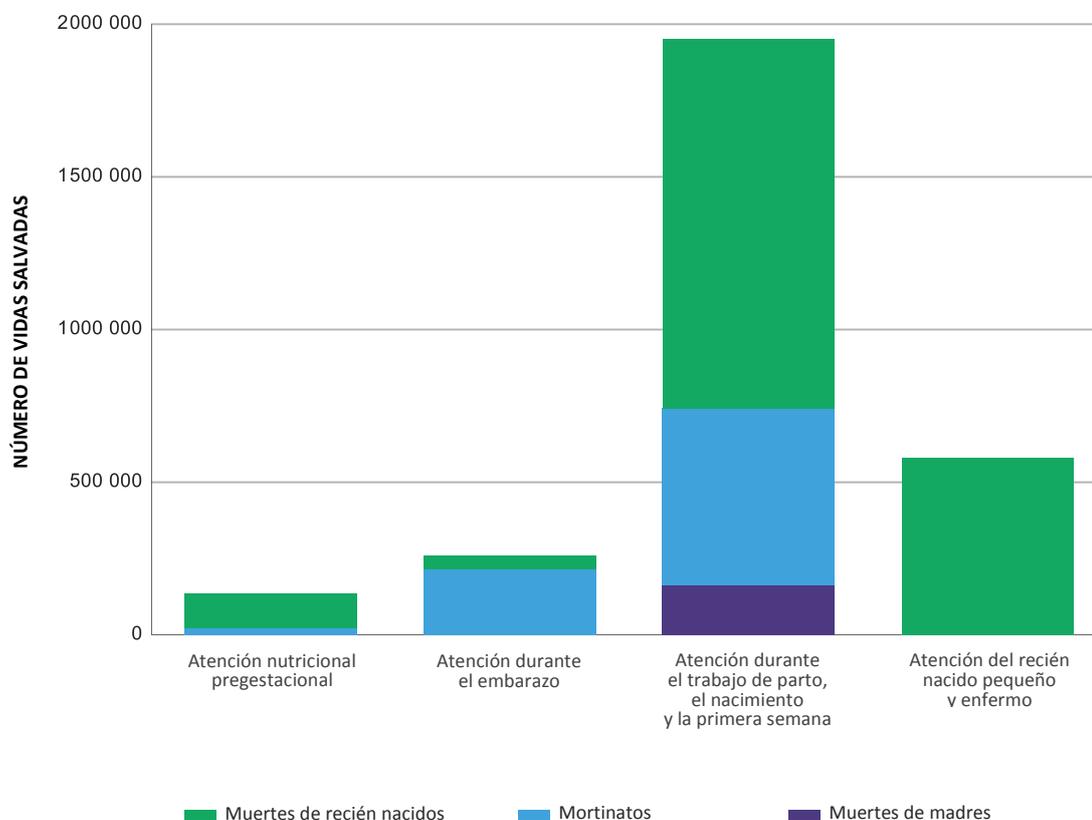
Figura 2. Conjuntos de intervenciones en el proceso asistencial



30. Los conjuntos de intervenciones más eficaces para poner fin a las muertes neonatales y la mortinatalidad que pueden prevenirse incluyen la atención durante el trabajo de parto, el parto y la primera semana de vida, y la atención de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño. En la figura 3 se presentan los resultados preliminares del impacto estimado de esas intervenciones si se lograra la cobertura universal de aquí a 2025. Estos conjuntos de intervenciones, por ser los que más vidas de recién nacidos salvarían, además de prevenir muertes de madres y mortinatos, constituyen el eje del plan de acción para todos los recién nacidos.

¹ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. *A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health.* Ginebra, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, 2011.

Figura 3. Número de vidas que podrían salvarse de aquí a 2025 con una cobertura universal de la atención (resultados preliminares)



Fuente: Análisis especial detallado en la serie *Every newborn* de *The Lancet*, en preparación.

31. Las intervenciones incluidas en el conjunto «atención durante el trabajo de parto, el nacimiento y la primera semana de vida» incluyen, aunque no de forma exhaustiva, la atención por personal calificado durante el nacimiento, atención obstétrica básica e integral, atención a los partos prematuros (incluida la corticoterapia gestacional), y cuidados básicos del recién nacido (cuidados higiénicos, control térmico, apoyo a la lactancia materna y, en caso necesario, reanimación del recién nacido). Es importante que las intervenciones destinadas a la madre y el recién nacido se consideren una unidad funcional administrada en un estrecho margen temporal y a cargo del mismo proveedor de atención (o equipo asistencial) y en el mismo lugar, derivándose a la madre y el bebé juntos en caso de complicaciones.

32. El conjunto de intervenciones «atención del recién nacido pequeño y enfermo» comprende las intervenciones encaminadas a tratar las complicaciones derivadas de la prematuridad o el pequeño tamaño para la edad gestacional, así como de las infecciones neonatales (septicemia, meningitis, neumonía y las que provocan diarrea). El tratamiento apropiado de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño incluye un control térmico especial y el apoyo a la alimentación de los bebés pequeños o prematuros, incluidos el método madre canguro, la antibioterapia contra las infecciones y una atención de apoyo completa en el hospital. Esta última comprende apoyo alimentario adicional (incluida alimentación con taza y tubo nasogástrico y la administración de líquidos por vía intravenosa), prevención y tratamiento de las infecciones, oxigenoterapia en condiciones de seguridad, tratamiento de los casos de ictericia y quizá apoyo con tensioactivos y de tipo respiratorio.

33. La atención posnatal proporciona la plataforma de prestación de atención al recién nacido normal, que incluye la promoción de prácticas saludables y la detección de problemas que exigen atención adicional. Tiene lugar en un marco temporal diferente, a menudo a cargo de proveedores distintos en distintos lugares. La atención del recién nacido normal incluye el inicio temprano de la lactancia materna (exclusiva), la prevención de la hipotermia, prácticas higiénicas de atención neonatal y el debido cuidado del cordón umbilical. Se recomienda una observación estrecha durante 24 horas y al menos tres contactos adicionales después del nacimiento (el día 3 (48-72 horas), entre los días 7 y 14, y a las seis semanas del nacimiento) para todas las madres y sus recién nacidos con el fin de establecer buenas prácticas de atención y detectar cualquier trastorno que pueda poner en peligro sus vidas.¹

34. Otras intervenciones a lo largo del proceso asistencial continuo son igualmente vitales para la supervivencia y la salud de las mujeres y sus bebés. Por ejemplo, la atención prenatal brinda la oportunidad de prestar servicios integrados a las embarazadas, incluidos servicios obstétricos, pero también se ocupa de las infecciones, por ejemplo la prevención, detección y tratamiento del paludismo y la sífilis en el embarazo, la atención de mujeres con tuberculosis e infección por el VIH, la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y la reducción de hábitos nocivos como el consumo de tabaco y de alcohol. Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS (2013), la tasa de cobertura de algunas intervenciones, como la vacunación con anatoxina tetánica, ya es muy alta en algunos entornos (actualmente, el 82% de los recién nacidos quedan protegidos al nacer contra el tétanos neonatal); por consiguiente, hay menos potencial para evitar muertes (véase la figura 3), pero es indispensable que las tasas de cobertura sigan siendo elevadas. Alrededor del 81% de las mujeres reciben atención al menos una vez durante el embarazo, pero solo el 55% recibe el mínimo recomendado de cuatro visitas o más, y la calidad de la atención a menudo no es suficiente.

35. La atención antes del embarazo y entre embarazos influye en la supervivencia y la salud de las mujeres y sus bebés. Los métodos anticonceptivos son una contribución fundamental pues permiten retrasar, espaciar y limitar los nacimientos, todo lo cual puede reducir la mortalidad neonatal y mejorar la salud de las madres, sus bebés y sus otros hijos. El acceso a la planificación familiar y el derecho a decidir cuándo y con qué frecuencia se quedan embarazadas empoderan a las mujeres y las niñas y mejoran la salud y la supervivencia de los bebés. Las inversiones en planificación familiar contribuirán considerablemente a una reducción global de la mortalidad materna y neonatal: reducir el número de embarazos no deseados podría evitar el 60% de las muertes maternas y el 57% de las muertes infantiles.

36. Otros componentes de la atención antes del embarazo y entre embarazos que influyen en la salud del recién nacido incluyen la enseñanza de aptitudes para la vida, la nutrición, la prevención y gestión de prácticas nocivas (incluidos el consumo de tabaco y alcohol), la identificación y el tratamiento de adicciones como las infecciones de transmisión sexual y las enfermedades mentales, y hacer frente a la violencia de pareja. La situación nutricional de las mujeres reviste particular importancia, pues una mujer desnutrida antes del embarazo tiene más probabilidades de dar a luz un bebé prematuro o pequeño para su edad gestacional. Ese riesgo viene determinado en parte por la mala nutrición de la mujer en sus propios primeros 1000 días de vida y durante su adolescencia. Es indispensable interrumpir el ciclo intergeneracional de mala salud y desnutrición, especialmente cuando cada vez hay más pruebas de los vínculos entre el bajo peso al nacer y la desnutrición en los primeros 1000 días de vida y el aumento de las enfermedades no transmisibles en la edad adulta.

¹ Recomendaciones de la OMS sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

37. Prevenir los embarazos precoces no deseados en las adolescentes es uno de los grandes componentes de los esfuerzos encaminados a mejorar la salud de los recién nacidos.¹ Las madres muy jóvenes y sus bebés están expuestos a mayores riesgos derivados del embarazo y el parto.² Retrasar el embarazo en las adolescentes es un medio decisivo para salvar vidas de madres y recién nacidos y empoderar a las niñas con el fin de que terminen sus estudios.

38. La atención a la mujer antes y durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal y entre embarazos³ y al recién nacido es prestada en condiciones óptimas por un profesional sanitario especializado y con calificación en partería. La atención debe ser respetuosa y optimizar los procesos biológicos normales. En la mayoría de los casos, el proveedor de atención será una partera profesional, que habrá de contar con el apoyo de un equipo compuesto por otros profesionales sanitarios, como enfermeros, obstetras y pediatras, cuando surjan complicaciones. El equipo puede ofrecer todos los aspectos de la atención en lugares donde no existan parteras profesionales; en esos casos, se utiliza la expresión «personal de partería».

39. Los agentes de salud comunitarios, especialmente en zonas rurales, pueden desempeñar un importante papel para acercar los servicios de salud a las familias; se ha demostrado que las visitas a domicilio que realizan durante el embarazo y en la primera semana después del nacimiento repercuten positivamente en las prácticas de cuidado del recién nacido y en las tasas de mortalidad de neonatos. También son eficaces para detectar y derivar a las madres que presentan complicaciones después del parto y ofrecer asesoramiento en planificación familiar. Otros agentes comunitarios, como los líderes tradicionales, miembros respetados de la familia y las parteras tradicionales, también influyen en la demanda y en el acceso a atención especializada.

40. La dispensación de atención de salud en todas las etapas de la vida exige una coordinación funcional e ininterrumpida entre los diversos niveles asistenciales y entre los sectores público y privado. Prestar asistencia sanitaria a las mujeres y los recién nacidos requiere la coordinación de programas técnicos e iniciativas y la colaboración entre todas las partes interesadas: gobiernos, asociaciones profesionales, la sociedad civil, instituciones académicas y de investigación, la comunidad empresarial, los asociados en el desarrollo y las familias.

EL PLAN DE ACCIÓN: VISIÓN Y OBJETIVOS

41. El plan de acción «Todos los recién nacidos» prevé un mundo sin mortalidad neonatal ni mortalidad prevenibles, en el que todos los embarazos serán deseados, todos los nacimientos se festejarán y las mujeres, los bebés y los niños sobrevivirán, prosperarán y alcanzarán su pleno potencial.

42. **Objetivo 1: poner fin a la mortalidad neonatal prevenible:**⁴ Para 2035, todos los países alcanzarán el objetivo de menos de 10 muertes de neonatos por 1000 nacidos vivos, y seguirán redu-

¹ Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

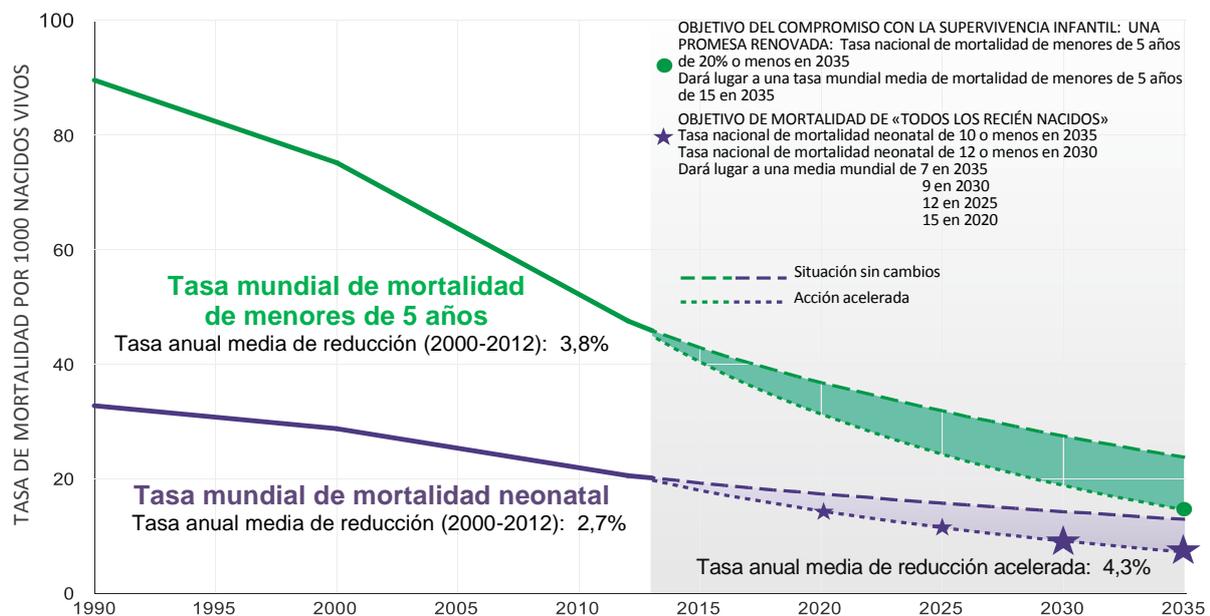
² Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. UNFPA, Estado de la población mundial, 2013. Nueva York, NY: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2013.

³ La expresión «atención neonatal» se utiliza para denominar a la atención que se presta a las madres y los bebés durante las seis semanas que siguen al nacimiento, de acuerdo con la recomendaciones de la OMS sobre atención neonatal de la madre y el recién nacido (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013).

⁴ La muerte de un recién nacido se define como la muerte en un plazo de 28 días desde el nacimiento de cualquier bebé nacido vivo con independencia de su peso o edad gestacional.

ciendo la mortalidad y la discapacidad, asegurándose de que ningún recién nacido quede atrás. El logro de este objetivo dará lugar a una tasa mundial media de mortalidad neonatal de 7 muertes por 1000 nacidos vivos, cifra compatible con la formulada por *El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada*¹ de poner fin a las muertes infantiles prevenibles, y es necesaria para su logro. De aquí a 2030, todos los países alcanzarán la cifra de 12 muertes de recién nacidos o menos por 1000 nacidos vivos, lo que dará lugar a una tasa mundial media de mortalidad de 9 muertes por 1000 nacidos vivos (en la figura 4 se presentan otros objetivos intermedios). Se pretende que esos objetivos también estén vinculados con otros que se propondrán próximamente para poner fin a las muertes maternas prevenibles. Todos los países deben asegurar que ese objetivo se alcanza también en las poblaciones insuficientemente atendidas, maximizando el capital humano. El objetivo puede considerarse una continuación del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 para resolver la cuestión inacabada de la reducción de las muertes de recién nacidos.

Figura 4. Poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños



Fuentes: Consultas en línea oficiales y con los países y datos de la tasa de mortalidad neonatal del Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2013.

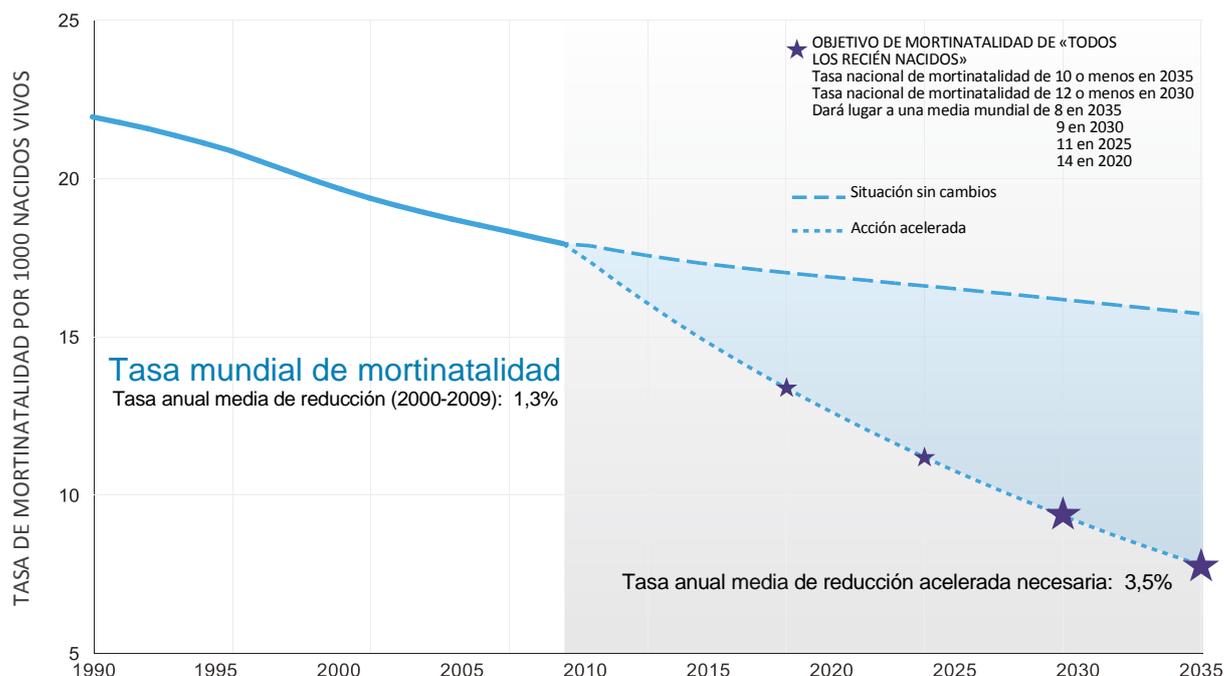
43. **Objetivo 2: poner fin a la mortinatalidad prevenible:**² Todos los países habrán reducido su tasa de mortinatalidad a menos de 10 por 1000 nacimientos totales de aquí a 2035 y seguirán acortando las diferencias en materia de equidad. El logro de esta meta dará lugar a una tasa mundial media de mortinatalidad de 8 por 1000 nacimientos totales. De aquí a 2030, todos los países llegarán a una cifra de 12 mortinatos o menos por 1000 nacimientos totales, lo que dará lugar a una tasa mundial media de

¹ UNICEF. El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe sobre los progresos de 2013. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013.

² Para los fines de la comparación internacional, se define mortinato como un niño nacido sin signos de vida, que pesa más de 1000 g o ha pasado más de 28 semanas completas de gestación.

mortinatalidad de 9 muertes por 1000 nacidos totales (en la figura 5 se presentan otros objetivos intermedios). Todos los países deberán centrarse en reducir las desigualdades y utilizar datos de auditorías para rastrear y prevenir todos los casos de mortinatalidad evitables.

Figura 5. Poner fin a la mortinatalidad prevenible



Fuentes: Consultas en línea oficiales y con los países y datos de la tasa de mortinatalidad de la serie de *The Lancet*.¹

44. Las ambiciosas metas que se proponen en este plan de acción para poner fin a las muertes de recién nacidos y la mortinatalidad prevenibles de aquí a 2035, con metas intermedias para 2030, 2025 y 2020, exigen una cobertura universal, equitativa y de calidad con atención básica, de derivación de casos y de urgencia para todas las mujeres y todos los recién nacidos en todos los países. Ello exige actividades de medición, rendición de cuentas y vínculos con otros planes mundiales y nacionales.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y PRINCIPIOS DEL PLAN DE ACCIÓN

45. Para que se alcancen la visión del plan y sus metas en materia de mortalidad, el plan de acción «Todos los recién nacidos» propone cinco objetivos estratégicos:

Objetivo estratégico 1: Fortalecer, mediante inversiones, la atención durante el parto y el primer día y la primera semana de vida. Una gran proporción de las muertes de madres y recién nacidos y de la mortinatalidad se produce en este periodo. Muchas muertes y complicaciones pueden evitarse asegurando la prestación de atención básica de alta calidad a todas las em-

¹ Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377(9774):1319-30. doi:10.1016/S0140-6736(10)62310-0.

barazadas y los bebés durante el trabajo de parto, el nacimiento y en las primeras 24 horas y la primera semana que lo siguen.

Objetivo estratégico 2: Mejorar la calidad de la atención materna y neonatal. La calidad de la atención sigue siendo sumamente desigual a lo largo del proceso asistencial de la madre y el niño. En muchos entornos, las mujeres y los recién nacidos no reciben la atención que necesitan, ni siquiera cuando tienen contacto con el sistema de salud antes, durante o después del embarazo. Para mejorar esta situación, la clave del éxito radica en introducir una atención de alta calidad con intervenciones costoeficaces de gran impacto para la madre y el bebé, en la mayoría de los casos prestada simultáneamente a ambos por el mismo personal sanitario con conocimientos especializados.

Objetivo estratégico 3: Llegar a todas las mujeres y todos los recién nacidos para reducir las desigualdades. El acceso de las personas a la atención sanitaria de alta calidad que necesitan sin que el hecho de pagarla las exponga a dificultades económicas es un derecho fundamental. Hay pruebas cada vez más sólidas de que existen enfoques orientados a poner fin a la mortalidad neonatal prevenible que logran acelerar la ampliación de la cobertura de intervenciones esenciales mediante innovaciones como la delegación de tareas, la mejora del acceso a productos básicos de importancia vital, seguros de salud y mecanismos de financiación, y el uso de las tecnologías de la información y de las redes sociales y de conocimiento.

Objetivo estratégico 4: Aprovechar la influencia de los padres, las familias y las comunidades. Los dirigentes comunitarios, los grupos de mujeres y los agentes comunitarios comprometidos pueden lograr que la situación cambie y los resultados de salud de los recién nacidos mejoren, particularmente en las comunidades rurales pobres. La educación y la información son fundamentales para empoderar a los padres, las familias y sus comunidades de modo que exijan atención de calidad y para mejorar las prácticas de atención en el hogar.

Objetivo estratégico 5: Contabilizar a todos los recién nacidos. Medición, seguimiento de los programas y rendición de cuentas. Las mediciones permiten a los gestores mejorar el desempeño y adaptar las acciones en función de las necesidades. La evaluación de los resultados y los flujos financieros mediante indicadores normalizados mejora la rendición de cuentas. Urge mejorar los métodos de medición a escala mundial y nacional, sobre todo los relativos a los resultados obstétricos y la calidad de la atención en torno al parto. Es primordial registrar a todos los recién nacidos y contabilizar todas las muertes neonatales, como también lo es contabilizar todas las muertes maternas y los mortinatos.

46. El plan de acción se basa en cinco principios rectores:

1) **Liderazgo de los países.** En primera instancia, el plan pertenece a los países, los cuales tienen la responsabilidad de establecer una buena gobernanza y prestar unos servicios de salud reproductiva, materna y neonatal eficaces y de buena calidad. La participación de la comunidad en la planificación, la aplicación y el seguimiento de políticas y programas que les afectan es una característica clave de este liderazgo, ya que constituye uno de los mecanismos transformativos más eficaces para la acción y la responsabilización en pro de la salud del recién nacido. Los asociados para el desarrollo deberían armonizar sus contribuciones y acciones.

2) **Derechos humanos.** Los principios y las normas derivados de los tratados internacionales de derechos humanos deben orientar todas las actividades de planificación y programación para la salud reproductiva, materna y del recién nacido y todas las fases del proceso de progra-

mación. Las pruebas objetivas y la práctica demuestran la importancia vital que tienen para la salud y el desarrollo muchos resultados de derechos humanos.

3) **Integración.** Para dispensar a todas las mujeres y todos los recién nacidos una atención de buena calidad que esté disponible sin discriminación y sea accesible y aceptable, se requiere una prestación integrada de servicios. La coordinación de los enfoques del sistema de salud entre los diversos programas, interesados e iniciativas del proceso asistencial de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño y en materia de nutrición es por consiguiente indispensable, sin que se diluya el contenido específicamente relativo al recién nacido.

4) **Equidad.** Es fundamental lograr una cobertura equitativa y universal de las intervenciones de gran impacto y centrarse en llegar a los grupos excluidos, vulnerables y pobres de la población para respetar el derecho a la salud de todas las mujeres y todos los recién nacidos a la vida, la supervivencia, la salud y el desarrollo.

5) **Rendición de cuentas.** La existencia de mecanismos eficaces, accesibles, incluyentes y transparentes de cobertura de los programas y seguimiento del impacto, el examen independiente y la acción de todos los agentes pertinentes son requisitos indispensables para lograr una cobertura equitativa, una atención de calidad y un uso óptimo de los recursos. La rendición de cuentas también abarca el acceso a procesos y mecanismos de reparación, sean jurídicos, administrativos o de otra índole.

6) **Innovación.** Durante los últimos decenios se han ido acumulando datos sobre prácticas óptimas en estrategias que amplían la cobertura de las intervenciones para los recién nacidos y reducen la mortalidad. Aun así, es preciso idear maneras innovadoras de aumentar la participación de todos los interesados y de llegar a las poblaciones más pobres y desatendidas. Para optimizar la aplicación de los conocimientos relativos a las intervenciones y estrategias más eficaces hacen falta más labores de investigación y desarrollo.

MEDIDAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo estratégico 1: Fortalecer, mediante inversiones, la atención durante el parto y el primer día y la primera semana de vida

Justificación del objetivo estratégico 1

47. El periodo que va desde la semana 28 de la gestación hasta el primer mes de vida es especialmente importante no solo para la supervivencia sino también para la interacción y el desarrollo durante la primera infancia, cuando se sientan los fundamentos de la evolución de las habilidades cognitivas y psicosociales. En ese periodo es cuando se produce el 44% (1,2 millones) de los mortinatos, el 73% (2 millones) de las muertes de recién nacidos y el 61% (206 250) de las muertes de madres.

48. Todas las embarazadas deberían recibir atención esencial dispensada por un asistente calificado que sea capaz de supervisar el parto y ayudar en él, y de detectar con prontitud las complicaciones, tratarlas de manera solvente y organizar la derivación inmediata cuando sea necesario. Todos los recién nacidos deberían recibir atención neonatal esencial a partir del momento mismo del nacimiento, durante el primer día, y en los momentos críticos de la primera semana y después de ella.

49. Aunque a escala mundial la proporción de mujeres que da a luz con ayuda de un profesional calificado (médico, enfermera o partera) ha aumentado hasta el 70%, existen grandes disparidades de

cobertura y calidad de atención entre países y dentro de los países. La cobertura con atención especializada durante el parto en África subsahariana solo llega a la mitad de la población. En muchos países, la atención por personal calificado durante el parto se presta de la manera más eficiente en establecimientos sanitarios públicos o privados, pues el acceso inmediato a servicios de urgencia obstétrica y para el recién nacido cuando se presentan complicaciones es crucial para la supervivencia de la madre y el niño.

50. Los conjuntos de intervenciones de eficacia probada deberían garantizar la dispensación de atención básica y complementaria a las mujeres y los recién nacidos para prevenir o tratar las principales causas de la mortalidad. Prestar cuidados adicionales a los bebés de pequeño tamaño (sean pequeños para la edad gestacional o prematuros) y enfermos es particularmente importante para reducir la mortalidad neonatal. El personal de salud ha de tener la competencia suficiente y estar debidamente equipado para apoyar a las madres y a estos bebés, muchos de los cuales no requieren una atención compleja o intensiva y puede ser atendidos adecuadamente en un establecimiento de salud de nivel inferior o incluso en la comunidad. En el caso de los bebés que necesitan una atención intensiva (véase el párrafo 32), los establecimientos residenciales pueden desempeñar un papel fundamental. Estudios recientes indican que la antibioterapia simplificada para el tratamiento de posibles infecciones bacterianas graves administrada mediante servicios de extensión desde centros de atención primaria podría salvar más vidas en aquellos entornos en los que la derivación de casos no es posible.

51. La investigación es un elemento importante de las inversiones en la atención sanitaria que rodea al momento del parto y forma parte integral de las medidas que se proponen en este plan. Entre las prioridades de investigación figura comprender los factores que dificultan o facilitan la ampliación de la cobertura de intervenciones de eficacia demostrada en países de ingresos bajos y medianos, formas de colmar las lagunas existentes (como la necesidad de comprender mejor la base biológica del parto a término y el parto prematuro y nuevas formas de prevenir un parto prematuro) y la investigación de los efectos a largo plazo, más adelante en la vida, de trastornos que se producen antes y en torno a la concepción, durante el embarazo y en el primer mes de vida. También es indispensable mejorar el acopio de datos e impulsar la innovación y la colaboración.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 1

Los gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) realizar un análisis sistemático de situación y acordar un conjunto básico de intervenciones y conjuntos de intervenciones para el contexto local;
- b) instituir medidas para aumentar la cobertura de atención especializada en el nacimiento en establecimientos sanitarios;
- c) sensibilizar a la comunidad respecto de la importancia del periodo en torno al nacimiento y de la primera semana de vida para prevenir las muertes de madres y recién nacidos y la mortinatalidad;
- d) aumentar la rendición de cuentas de todas las partes interesadas pertinentes;
- e) elaborar o perfeccionar los planes nacionales en materia de salud del recién nacido y dentro del proceso continuo de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño y de nutrición;
- f) asignar suficientes recursos financieros para aplicar el plan nacional.

52. Los poderes públicos y todos los interesados deberían sensibilizar a las comunidades y hacerles tomar conciencia de que el periodo que rodea al parto y la primera semana de vida son cruciales para salvar vidas de madres y recién nacidos; deberían, asimismo, asumir la responsabilidad de crear las condiciones que garanticen que se respeta el derecho de todas las madres y todos los recién nacidos a la salud y la atención sanitaria.

53. Se alienta a todos los países a elaborar o reorientar las estrategias y los planes de acción nacionales para armonizarlos con los principios, los objetivos globales, las metas y los objetivos estratégicos del proyecto de plan de acción. Cada gobierno debería realizar un análisis sistemático de la situación y acordar un grupo de intervenciones básicas y de conjuntos de intervenciones que estén adaptados al contexto local, se correspondan con la carga de morbilidad neonatal y se inscriban en el proceso asistencial. El acceso equitativo a una atención de buena calidad durante el parto y la primera semana del periodo posnatal debería ser una prioridad en todos los planes de acción nacionales pertinentes.

54. Los conjuntos de intervenciones integrales para la salud de la madre y del recién nacido deberían formar parte de las prestaciones básicas en los sistemas de salud universales ya existentes y los que están apareciendo en todos los países. Las autoridades nacionales deben establecer medidas para aumentar la cobertura con atención especializada en el parto en establecimientos de salud. Deben apoyar la aplicación de directrices y políticas para mejorar la gestión durante el parto y el nacimiento, incluido el uso del partograma, un instrumento sencillo para seguir el parto y adelantarse a las complicaciones, y aumentar el número de visitas después del parto a las mujeres y sus bebés. Cuando proceda, debería capacitarse y retenerse a más parteras, personal auxiliar y agentes de salud comunitarios.

55. Las autoridades nacionales, con el apoyo de los interesados, deberían calcular los costes de los planes y asignar recursos suficientes para la salud de las mujeres y los niños, haciendo el debido hincapié en la atención en el momento del parto y durante la primera semana de vida. Los poderes públicos y todos los interesados deberían velar por que las inversiones en la salud materna y neonatal se mantuvieran más allá de 2015 y se incrementaran cuando fuera necesario.

Objetivo estratégico 2: Mejorar la calidad de la atención materna y neonatal

Justificación del objetivo estratégico 2

56. En muchos países la atención especializada en el parto es prestada por personal médico, de enfermería o de partería, pero las mujeres que dan a luz con un asistente calificado pueden recibir una atención mediocre o de mala calidad y poco respetuosa con ella. Todavía no se ha generalizado el uso del partograma y es frecuente que las prácticas de prevención de las infecciones y de atención del recién nacido inmediatamente después del parto sean perjudiciales y no cumplan los principios de la iniciativa «Hospitales amigos del niño», como mantener al bebé caliente y junto a su madre, iniciar pronto la lactancia materna y promover la lactancia materna exclusiva. Con frecuencia se pasa por alto establecer zonas adecuadas para la atención del neonato. Por lo tanto, aumentar el número de partos que tienen lugar en establecimientos sanitarios no basta para reducir la mortalidad neonatal, en particular las muertes neonatales tempranas. Debe asegurarse una atención de calidad para las madres y los recién nacidos, incluso durante calamidades naturales, desastres o emergencias.

57. Se calcula que una de cada tres embarazadas necesita alguna intervención durante el parto y que entre el 5% y el 15% necesitan ser sometidas a cesárea.¹ Muchas mujeres y muchos bebés en lugares donde la mortalidad es elevada no tienen acceso a atención obstétrica de emergencia, ni siquiera atención neonatal básica. La incidencia de complicaciones del parto, muertes durante el parto y encefalopatía neonatal aumenta al tiempo que lo hace la mortalidad neonatal, lo que refleja una falta de atención obstétrica y neonatal de emergencia de calidad. Aunque no es conveniente que las tasas de cesárea sean elevadas, unas tasas inferiores al 5% suelen ser indicativas de falta de atención materna y neonatal de emergencia e intensiva.

58. La calidad y la equidad de la atención influyen en los resultados sanitarios en entornos con menor mortalidad. Dada la dificultad de predecir las necesidades de servicios obstétricos de urgencia, todos los servicios de maternidad deberían ser capaces de realizar intervenciones básicas capaces de salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos y disponer de un acceso ininterrumpido al transporte para la derivación de casos cuando se presenten complicaciones graves.

59. La calidad de la atención es particularmente importante para reducir los riesgos de discapacidades o deficiencias. Por ejemplo, los bebés prematuros son vulnerables a las complicaciones oftálmicas. La ceguera debida a la retinopatía del prematuro puede prevenirse mejorando la calidad de la atención neonatal, incluido un uso más seguro del oxígeno, y mediante la detección temprana. Los lactantes prematuros deben ser objeto de seguimiento y de un examen de los ojos.

60. La continuidad del proceso asistencial sin interrupciones entre la atención primaria y los establecimientos del nivel de derivación de casos salva vidas. Es posible que en los lugares de mortalidad baja e intermedia donde existen recursos humanos y capacidad para la formación sean comunes las parteras capacitadas basadas en la comunidad, pero alrededor de la tercera parte de los nacimientos a escala mundial (sobre todo en lugares con mayor mortalidad neonatal) tienen lugar en casa y sin la asistencia de un profesional sanitario. Para ser eficaces, los enfoques basados en la comunidad exigen un proceso asistencial sin interrupciones y vínculos efectivos con los establecimientos sanitarios que cuentan con servicios integrales de urgencias obstétricas.

61. Hay pruebas abrumadoras de que el nivel de formación del personal médico, de enfermería y de partería es bajo en muchos países. Por ejemplo, en algunos países, los planes de estudios de partería no cumplen los criterios mundiales, y las alumnas no adquieren las competencias necesarias para prestar servicios de buena calidad con confianza. Las limitaciones en materia de reglamentación y de capacidad de asociación profesional hacen que el personal de partería esté poco protegido desde el punto de vista jurídico y carezca de un medio de expresión organizado que represente sus intereses. Es fácil que estos factores, unidos a la escasez de personal, la falta de equipos de los establecimientos y la baja remuneración, menoscaben la motivación y reduzcan la calidad asistencial.

62. Los servicios de salud también deben lidiar con los factores de riesgo en relación con los malos resultados de salud del recién nacido, como los embarazos adolescentes, los embarazos muy seguidos, la malnutrición (insuficiencia ponderal y obesidad), las enfermedades crónicas (como la diabetes), las enfermedades infecciosas (como la tuberculosis y la infección por el VIH), el abuso de sustancias (como tabaco y alcohol), la violencia doméstica y la mala salud psicológica. Las políticas relativas al lugar de trabajo son importantes para apoyar a las mujeres durante el embarazo y el periodo posnatal y deberían incluir normativas que eximan a las embarazadas y las madres lactantes de trabajos pesados

¹ OMS, UNFPA, UNICEF y Mailman School of Public Health. Averting maternal death and disability: monitoring emergency obstetric care. A handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.

desde el punto de vista físico.¹ También hacen falta intervenciones comportamentales y comunitarias orientadas a reducir la exposición a contaminantes potencialmente nocivos, como el humo de estufas tradicionales y de tabaco ajeno. Es frecuente que la prevención, la detección y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, el VIH y la sífilis), la malaria y las enfermedades no transmisibles se apliquen por medio de programas específicos, pero estos han de estar correctamente integrados en los servicios de salud materna y neonatal.

63. Las plataformas programáticas existentes pueden proporcionar vínculos específicos con la mejora de la supervivencia y la salud del recién nacido y contribuirán a fortalecer la calidad de los servicios de salud prestados, incluidos los de planificación familiar, infección por el VIH y tuberculosis, sífilis, malaria, agua y saneamiento, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, visitas a domicilio en el periodo posnatal e inmunizaciones.

64. Los jóvenes deben contar con servicios de salud adaptados a ellos y que ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva, pues los datos muestran que no están cubiertos por los servicios de salud y que la infección por el VIH aumenta entre ellos. Es fundamental prevenir los embarazos precoces y no deseados, así como prestar asistencia a las niñas y las mujeres jóvenes durante el embarazo, parto y el periodo posnatal, con el fin de apoyar tanto su propia salud mental y física como la del bebé.

65. En muchos establecimientos sanitarios, sobre todo los de zonas remotas, no existen productos básicos de importancia vital para salvar vidas de mujeres y recién nacidos, como ha determinado la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños. Entre las dificultades cabe citar la falta de registro de formulaciones nuevas de algunos medicamentos, importantes obstáculos en la cadena de suministro, falta de existencias de productos, costos en los lugares donde los servicios no son gratuitos, y desconocimiento de los proveedores de cuidados de atención sanitaria sobre los productos básicos y su eficacia. La considerable experiencia del sector privado en la obtención, fabricación y distribución de medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías debe aprovecharse para incrementar la disponibilidad, especialmente en lugares donde escasean los recursos.

66. Hay pocos indicadores mundiales que permitan seguir la calidad de la atención materna y neonatal, y en muchos países no existen mecanismos de seguimiento y evaluación. La vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y la respuesta a ella pueden contribuir muy eficazmente a mejorar la calidad de la atención. Muchos países han adoptado legislación que exige declarar las muertes maternas, lo cual puede proporcionar la vía para investigar confidencialmente las causas que llevaron a la muerte de la madre y planificar medidas correctivas. Se podría adoptar un enfoque similar respecto a la mortalidad perinatal.

¹ Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 183). Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2000. (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183, consultado el 27 de marzo de 2014).

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 2

Los poderes públicos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) actualizar las políticas, directrices, normas y pautas nacionales en materia de atención a la madre y el recién nacido;
- b) poner en marcha sistemas eficaces de mejorar la calidad para dispensar una atención materna y neonatal respetuosa y de alta calidad;
- c) adoptar planes de estudios basados en competencias para la capacitación de los agentes de salud, e instaurar marcos reglamentarios para el personal de partería y otro personal sanitario;
- d) asegurar las visitas de atención posnatal durante la primera semana, y la prestación de cuidados adicionales de calidad para recién nacidos de pequeño tamaño o enfermos;
- e) examinar y evaluar enfoques innovadores para motivar al personal y mejorar el acceso y la calidad de la atención; investigar más a fondo la costoeficacia y los riesgos asociados a la financiación basada en los resultados, que se ha introducido en algunos países;
- f) asegurar que todos los establecimientos están debidamente dotados de personal con equipos multidisciplinarios, capaces de gestionar las complicaciones maternas y neonatales en el nivel de establecimiento de referencia, y contar con una infraestructura básica óptima;
- g) asegurar que en todas las listas nacionales de medicamentos esenciales figuran artículos que salvan vidas para la salud de las mujeres y los niños;
- h) elaborar estrategias para que participen los proveedores del sector privado aumentando su promoción de las medidas relativas a las muertes de recién nacidos y madres y la mortinatalidad, y elaborar tecnologías innovadoras para mejorar los resultados sanitarios de recién nacidos y madres;
- i) instituir medidas de vigilancia y respuesta respecto de las muertes maternas y perinatales, incluida la declaración de las muertes de madres y perinatales (de preferencia en un plazo de 24 horas);
- j) mejorar la supervisión pública de la calidad de la atención materna y del recién nacido aumentando la sensibilización de la población e incrementando la participación comunitaria.

67. En colaboración con las asociaciones profesionales, las instituciones académicas y de formación, y otros interesados, los gobiernos deberían actualizar periódicamente las políticas y directrices nacionales relativas a las intervenciones que se inscriben en el proceso asistencial continuo de las madres y los niños, inspirándose para ello en directrices mundiales basadas en datos factuales y en estrategias definidas por el contexto local. Además, deberían poner en marcha sistemas eficaces de mejora de la calidad y adoptar normas y criterios para la dispensación de una atención materna y neonatal respetuosa y de alta calidad y obligar a su cumplimiento.

68. Los poderes públicos deberían adoptar planes de estudios basados en competencias para la formación de agentes de salud y establecer marcos normativos que definan el ámbito y la práctica de la partería y la enfermería, en particular las capacidades específicas necesarias para atender a recién nacidos enfermos o pequeños para la edad gestacional, la formación para el asesoramiento y apoyo a la lactancia materna, y los requisitos mínimos en materia de formación. También debería considerarse, si procede, la posibilidad de corregir la escasez de especialistas como neonatólogos o asesores en lactancia materna.

69. Es preciso planificar la dotación de personal de los establecimientos que dispensan atención materna y neonatal de modo que puedan prestar los servicios de manera continua las 24 horas del día y todos los días de la semana. El trabajo en equipo es esencial. En los hospitales de referencia de primer y segundo nivel, los equipos deberían ser multidisciplinarios y contar con personal especializado en obstetricia, pediatría y anestesia para tratar las complicaciones maternas y neonatales.

70. Es indispensable que las maternidades dispongan de infraestructuras adecuadas y estén suficientemente equipadas para dispensar la atención que las madres y sus bebés necesitan. Se deben respetar las normas de prevención de la infección y de bioseguridad. Ha de haber instalaciones de electricidad, agua, saneamiento y lavado de manos, aseos limpios, espacios adecuados para que las mujeres den a luz con intimidad, y zonas especiales para atender en condiciones de seguridad a los neonatos enfermos.

71. Después del parto, las mujeres y los niños deberían recibir en las maternidades todos los servicios esenciales antes de darles de alta. Se debería alojar sistemáticamente a la madre y al recién nacido en la misma habitación y tomar las disposiciones pertinentes para que la madre aplique cómodamente el método «madre canguro». En los establecimientos de salud que atiendan a bebés enfermos o pequeños para la edad gestacional debería alentarse la extracción y conservación de la leche materna, complementada por bancos de leche en algunos centros de referencia. Los establecimientos de nivel secundario y terciario deberían disponer de unidades de atención neonatal y salas de neonatología debidamente dotadas de equipos y personal, y vinculadas a los establecimientos de atención primaria a través de un sistema de derivación que funcione correctamente. Las visitas de atención posnatal requeridas durante la primera semana después del nacimiento son necesarias para asesorar sobre conductas que fomentan la salud y para la detección de posibles complicaciones.

72. En todas las listas nacionales de medicamentos esenciales deberían incluirse los productos básicos de importancia vital, y en particular las tecnologías esenciales, para proteger la salud de las mujeres y los niños, y se debería garantizar su suministro ininterrumpido a todos los establecimientos de salud, en especial a los más periféricos.

73. Es indispensable instaurar sistemas de supervisión y mejora de la calidad asistencial en todos los servicios de maternidad públicos y privados, por ejemplo, mediante la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y la respuesta a esta, el registro de nacimientos y defunciones (incluidas las muertes fetales o mortinatos), y encuestas periódicas sobre la disponibilidad y el estado de preparación de los establecimientos de salud. Las tecnologías de la información pueden facilitar la vigilancia en tiempo real: por ejemplo, los teléfonos móviles (celulares) ayudan a potenciar la comunicación y el intercambio de datos de los trabajadores sanitarios entre ellos y con la comunidad. El establecimiento de vínculos entre las comunidades y los servicios para mejorar la calidad asistencial requiere inversiones; las reuniones de auditoría y la rendición de cuentas son también elementos clave del proceso de mejora de la calidad asistencial.

74. La motivación del personal es un importante factor determinante de la calidad asistencial. También deberían aplicarse criterios innovadores cuando proceda, como entrenamientos, tutorías, acreditación y educación continua para mejorar el acceso y la calidad de la atención. Las autoridades nacionales pueden estudiar la posibilidad de ofrecer incentivos en forma de pagos financieros, primas y reconocimiento público. Un tipo particular de incentivo es la financiación basada en el desempeño, que se está adoptando en varios países, aunque es preciso estudiar más a fondo la relación costoeficacia y los posibles riesgos asociados.

75. Se pueden acelerar las mejoras de la calidad asistencial sensibilizando a la población y aumentando la participación de la comunidad. Los parlamentarios representan a los votantes, legislan, examinan y aprueban los presupuestos, y supervisan las acciones gubernamentales, por lo que son deter-

minantes para el bienestar de las mujeres y los niños. La sociedad civil y los dirigentes locales, incluidos los líderes empresariales, pueden fortalecer la voluntad política y ayudar a que la población tome conciencia de los problemas y las soluciones y a que las comunidades los consideren de su incumbencia. Para que esto suceda es importante la libre circulación de los datos y la información, y los resultados de los exámenes anuales del sector de la salud deberían ponerse a disposición del público, de conformidad con las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño.

76. La participación del sector privado a través de alianzas publicoprivadas puede ofrecer muchas ventajas, entre ellas, la labor de promoción al más alto nivel; la transferencia de tecnología a los países de ingresos bajos; unos costos más reducidos y una mayor disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos de calidad certificada a precios asequibles; una asistencia de mejor calidad y la prestación de servicios basados en datos factuales por parte de profesionales del sector privado; la mejora de la función gestora y normativa de los poderes públicos; la dispensación de servicios de transporte para las urgencias; unos servicios de salud más sólidos y garantizados por los empleadores y programas y políticas en el lugar de trabajo que apoyen a las embarazadas y las nuevas madres; y el desarrollo de tecnologías innovadoras que tengan el potencial de reducir las muertes de recién nacidos y madres y prevenir la mortinatalidad y la discapacidad.

Objetivo estratégico 3: Llegar a todas las mujeres y a todos los recién nacidos para reducir las desigualdades

Justificación del objetivo estratégico 3

77. Todas las mujeres y todos los recién nacidos tienen derecho a una atención de salud de buena calidad, de conformidad con los principios de la cobertura universal de la atención de salud y los derechos humanos. El acceso a una atención materna y neonatal de calidad depende, entre otros factores, de que se disponga de personal sanitario calificado, motivado, suficientemente equipado y distribuido de manera equitativa. En muchos países, la baja densidad de profesionales sanitarios, sobre todo en las zonas rurales, es uno de los principales factores que explican la persistencia de altas tasas de mortalidad materna y neonatal.

78. En la actualidad, menos de uno de cada seis países con la mayor carga de mortalidad materna y neonatal alcanza el umbral mínimo de 23 profesionales médicos, de partería y de enfermería por 10 000 habitantes que se necesita para dispensar un conjunto básico de servicios.¹ Al menos 38 países sufren una gran escasez de parteras.² En los países con una carga de mortalidad neonatal alta y repartida de manera desigual, estos factores, unidos a unas condiciones de trabajo precarias y a la penuria de incentivos para que los trabajadores vivan y ejerzan en zonas remotas o con poblaciones desfavorecidas, se traduce en una distribución dispar del personal sanitario y grandes inequidades en el acceso de las madres y los neonatos a la atención de salud.

79. El costo de los servicios de salud puede suponer un obstáculo importante para las familias que solicitan atención sanitaria durante el embarazo y el parto y en el periodo posnatal. Los pagos directos

¹ Organización Mundial de la Salud. Global Health Atlas of the Health Workforce. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (www.who.int/globalatlas/default.asp, consultado el 27 de marzo de 2014).

² UNFPA. State of the world's midwifery report 2011: delivering health, saving lives. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011.

(por ejemplo, el pago al contado de medicamentos y de honorarios por consultas y procedimientos) y los costos indirectos (como el transporte y la pérdida de ingresos) han generado importantes desigualdades en la cobertura, sobre todo en el caso de la asistencia calificada al parto. En algunos países, hasta un 11% de la población debe hacer frente a grandes gastos por la atención sanitaria y hasta un 5% se ve sumido en la pobreza por los gastos en salud, entre ellos los asociados a la atención esencial de la madre y el recién nacido.¹ La meta de la cobertura universal de la atención de salud estipula que todas las personas deben tener acceso a esta sin que ello les acarree dificultades económicas, pero el mundo está aún lejos de alcanzar cualquiera de estos dos objetivos, en particular en lo que concierne a las mujeres y los niños.

80. Se necesitan medidas especiales en los servicios de salud y los entornos comunitarios con el fin de combatir las violaciones de los derechos humanos cuando existe un sesgo de género contra las niñas.

81. La ausencia de información sobre los presupuestos limita la transparencia y dificulta la vigilancia de la salud materna y neonatal. Solo un pequeño número de países elaboran cuentas nacionales de salud que incluyen subcuentas específicas para la salud materna y neonatal, y hace poco tiempo que el seguimiento de la asistencia para el desarrollo ha cobrado importancia como información de dominio público.

82. Las empresas del sector privado deben adoptar medidas especiales para promover el apoyo comunitario y en el lugar de trabajo a las madres en relación con el embarazo, la lactancia y servicios de atención infantil viables y asequibles, incumplimiento de lo dispuesto en el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (n.º 183) de la OIT. El sector privado puede y debe contribuir a la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna temprana y exclusiva asegurando que las prácticas de comercialización y promoción cumplan plenamente lo dispuesto en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y ulteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud al respecto, y cumpliendo las disposiciones legales y reglamentarias nacionales que tienen por objeto aplicarlas.

83. Para llegar a todas las mujeres y todos los recién nacidos es preciso invertir en todos los aspectos del sistema de salud, a saber, el liderazgo y la gobernanza, el personal, las infraestructuras, los productos básicos y suministros, la prestación de servicios, los sistemas de información y la financiación. Cada contexto necesita un enfoque específico que debe prestar especial atención a la preparación y la respuesta rápida ante las emergencias humanitarias complejas.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 3

Los gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) llevar a cabo un análisis sistemático de los obstáculos que impiden lograr a gran escala unas altas tasas de cobertura de los conjuntos de intervenciones eficaces para una atención de calidad dentro del sistema de salud y en la comunidad y adoptar medidas para eliminar esos obstáculos;

¹ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

- b) asegurar la integración de las medidas en favor de la salud del recién nacido en las iniciativas de salud reproductiva, materna, del recién nacido y el niño y las plataformas de prestación de servicios de modo que no se pierda ninguna oportunidad de llegar a las madres y los recién nacidos;
- c) elaborar y aplicar un plan de desarrollo del personal sanitario para asegurar la competencia y un comportamiento respetuoso, mejorar la densidad y aumentar la motivación y la permanencia del personal calificado, según proceda;
- d) optimizar el desempeño del personal disponible estudiando la posibilidad de delegar tareas en personal sanitario de nivel medio con una formación apropiada y apoyar el papel de los agentes de salud comunitarios en la reducción de las distancias entre las familias y los servicios de salud;
- e) adoptar y hacer cumplir leyes y políticas en materia de igualdad de acceso y de calidad de la atención materna y del recién nacido en los sectores público y privado;
- f) planificar los servicios de salud para la madre y el recién nacido con arreglo a un programa basado en pruebas objetivas y el personal necesario para la prestación de esos servicios;
- g) esforzarse por eliminar las barreras (sociales y económicas) que limitan el acceso de las madres y los recién nacidos a la atención; ello incluye a las niñas que son especialmente vulnerables en algunas poblaciones;
- h) hacer un seguimiento del gasto nacional en salud, incluido el gasto en salud materna y neonatal, y movilizar más recursos de fuentes nacionales;
- i) elaborar programas con fines específicos dentro y fuera de la escuela para aumentar el acceso y la utilización por adolescentes y adultos jóvenes de métodos anticonceptivos modernos, y dar a las adolescentes embarazadas todo el apoyo que necesitan;
- j) estudiar estrategias comunitarias para mejorar la demanda de servicios, la preparación para el parto y prácticas esenciales de cuidado del recién nacido, con inclusión de visitas a domicilio por agentes de salud comunitarios y grupos de mujeres participativos.

84. Para que los países avancen hacia la cobertura universal de la atención materna y neonatal, se propone como primera medida el análisis sistemático de los obstáculos que impiden ampliar la aplicación de los conjuntos de intervenciones necesarios para dispensar una atención de buena calidad. Dichos obstáculos pueden radicar en el propio sistema de salud, pero también pueden contribuir a ellos las lagunas de conocimientos, las percepciones erróneas y la falta de recursos de las familias y las comunidades. Deberían tenerse en cuenta los resultados de estos análisis a la hora de diseñar los planes de acción nacionales relacionados con los recién nacidos.

85. Será crucial integrar las acciones en pro de la salud de los recién nacidos en las iniciativas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y en las plataformas de prestación de servicios que ya existen (incluidas las dedicadas a la infección por el VIH, la malaria y la inmunización) para tener la seguridad de que no se pierde ninguna oportunidad de llegar a las madres y sus recién nacidos. Los países deben evaluar de manera crítica qué servicios son necesarios, motivar a los trabajadores sanitarios, mejorar la eficiencia de los hospitales, combatir el despilfarro y la corrupción, y optimizar el uso de las tecnologías y los servicios de salud.

86. Todos los países deberían contar con un plan de desarrollo integral del personal sanitario que aborde la educación y la formación, la distribución, la motivación y la permanencia del personal calificado, y que corrija el desfase entre los profesionales sanitarios y los puestos disponibles mediante un sistema que haga un seguimiento desde la formación previa al servicio hasta la colocación y la retención. Es fundamental que los trabajadores sanitarios tengan actitudes y comportamientos respetuosos

con las mujeres y los recién nacidos; al mismo tiempo, las condiciones de trabajo deben ser tales que permitan a los trabajadores sanitarios desempeñarse en un entorno de seguridad y respeto. Los planes deberían incluir acciones orientadas a ampliar el personal sanitario o redistribuirlo más equitativamente y, en caso necesario, a aplicar medidas correctivas inmediatas, incluida una remuneración adecuada. La provisión de vivienda, energía eléctrica y complementos salariales ha logrado motivar a los trabajadores sanitarios para ir a prestar servicio a zonas remotas e insuficientemente atendidas.

87. Es prioritario optimizar el desempeño del personal disponible. Hay pruebas sólidas de que es seguro delegar la aplicación de intervenciones capaces de salvar vidas en trabajadores sanitarios de nivel medio, siempre y cuando estén debidamente capacitados. Por ejemplo, en los casos en los que las posibilidades de derivar a la paciente fueran limitadas, el personal de partería debería ser plenamente capaz de aplicar todas las medidas de la atención obstétrica de urgencia.

88. Los gobiernos deberían adoptar y aplicar leyes y políticas sobre equidad del acceso y calidad de la atención materna y neonatal, tanto en el sector público como en el privado. Las políticas deberían ir dirigidas a lo siguiente: asegurar el acceso universal de las mujeres y los niños a los servicios de atención de salud sin que ello les cause dificultades económicas; la notificación de las muertes maternas y perinatales; la adopción de enfoques relacionados con el VIH y la alimentación del lactante que estén adaptados al contexto; la ratificación del Convenio de la OIT sobre protección de la maternidad, 2000 (n.º 183), y la adopción de legislación que aplique el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

89. Los planes para ampliar los servicios de salud materna y neonatal deberían basarse en información y pruebas objetivas. Los países habrán de estimar las necesidades correspondientes al número de embarazos y partos en un entorno determinado, y construir y equipar las infraestructuras precisas. Deberían definir un conjunto estándar de servicios de atención materna y neonatal para cada nivel asistencial y determinar la dotación de personal y la composición de los equipos, que incluirán a parteras y otro personal de partería y, cuando sea necesario, especialistas como obstetras, enfermeras de neonatología y pediatras. En varios países se ha utilizado con éxito la cartografía de los puntos de acceso para apoyar la toma de decisiones sobre el número y la ubicación de los servicios de maternidad previstos, con miras a llegar al mayor número posible de familias y comunidades. El aumento de las inversiones en la calidad de la atención en el momento del parto debería basarse en una sólida planificación.

90. Se necesitan programas específicos dentro y fuera de la escuela para ampliar la disponibilidad y el uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de los adolescentes y los adultos jóvenes. Las medidas adoptadas para prevenir los embarazos precoces deberían comprender leyes orientadas a impedir los matrimonios de niñas menores de 18 años o a reducir su número y educación en aptitudes para la vida (para niños y niñas) que contribuyan a mantener a las niñas en la escuela, reducir las tasas de relaciones sexuales forzadas, prevenir los embarazos tempranos y no deseados antes de los 20 años e inculcar normas y tradiciones culturales positivas. Los jóvenes deberían tener acceso a los anticonceptivos y a una educación sexual completa y empoderadora, diseñada para dotarles de los medios necesarios para tomar decisiones sobre su sexualidad y su salud reproductiva de forma libre y responsable. Los países deberían crear las condiciones necesarias para que esto suceda. Las adolescentes embarazadas deberían tener acceso a unos servicios de salud adaptados a su edad en los que recibirían todo el apoyo necesario para estar bien preparadas para el parto y la maternidad, con independencia de su situación marital.

91. Se necesitan políticas orientadas a eliminar las disparidades en el acceso a la atención de salud, lo que incluye subvencionar la atención y centrarse en los grupos de población más vulnerables, con el fin de garantizar la disponibilidad de unos servicios de salud materna y neonatal de buena calidad y a

un precio asequible en el punto de uso (lo que para muchas personas significaría la gratuidad). Los países deberían reducir la dependencia de los pagos directos aumentando las formas de pago anticipado y la ulterior mancomunación de los fondos para distribuir el riesgo financiero entre toda la población. En general, el pago anticipado implica introducir impuestos y otros gravámenes públicos o sistemas de seguro. Para movilizar recursos, los gobiernos deberían dar prioridad al sector de la salud en los presupuestos nacionales, mejorar la eficiencia de la recaudación de ingresos nacionales y adoptar formas innovadoras de conseguir fondos, por ejemplo a través de impuestos sobre el tabaco y el alcohol.

92. Los países deben hacer un seguimiento del gasto total en salud por fuente de financiación (y por habitante) y del gasto total en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil por fuente de financiación (y por habitante). Todos los grandes asociados para el desarrollo deberían informar de la asistencia que aportan efectivamente para la salud materna y neonatal en comparación con la prometida, y formular compromisos que permitieran a las autoridades nacionales elaborar unos presupuestos previsibles y reforzar la mutua responsabilidad.

93. Las estrategias comunitarias encaminadas a mejorar la demanda de servicios, el grado de preparación para el parto y las prácticas básicas de cuidado del recién nacido, incluidos los grupos de mujeres de carácter participativo y las visitas a domicilio apoyadas por agentes de salud comunitarios, voluntarios o facilitadores no profesionales, tienen un papel decisivo a la hora de reducir las desigualdades en la mortalidad y el acceso a la atención. Las pruebas sugieren que los grupos participativos de mujeres son los que ejercen mayor influencia en la mortalidad entre los más pobres.

Objetivo estratégico 4: Aprovechar la influencia de los padres, las familias y las comunidades

Justificación del objetivo estratégico 4

94. Es sumamente importante salvar las barreras que se oponen al acceso a atención especializada en el parto y aprovechar la influencia de los padres, las familias y las comunidades, logrando que se impliquen en la búsqueda de atención a lo largo del embarazo, en el parto y durante los primeros días y semanas de vida de los niños. Esto es particularmente importante en los países de ingresos bajos, donde casi la mitad de las madres no reciben atención calificada durante el parto, más del 70% de los bebés que nacen fuera de los hospitales no reciben atención posnatal¹ y siguen produciéndose la mayoría de las muertes de madres y recién nacidos y muertes fetales. Muchos recién nacidos mueren en casa sin que se haya solicitado asistencia alguna.

95. Es indispensable empoderar a las mujeres, los padres, las familias y las comunidades para que soliciten servicios de atención de salud cuando se necesitan, y asegurar que puedan prestar los cuidados recomendados en el hogar por sí solos. Los resultados sanitarios, tanto positivos como negativos, vienen determinados en gran medida por las decisiones tomadas en el hogar, la capacidad de las familias para llegar a la atención cuando se necesita y la calidad de los servicios recibidos cuando llegan. Lamentablemente, muchos agentes exteriores a los servicios de salud a menudo no intervienen en las decisiones y los esfuerzos encaminados a mejorar su salud y aumentar la cobertura de intervenciones esenciales.

¹ WHO, UNICEF. Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update. Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

96. Los programas orientados a fortalecer los servicios de salud mediante la movilización de la comunidad para que adopte prácticas saludables, el cambio de las normas sociales para incrementar el apoyo social y la eliminación de las barreras que obstaculizan el acceso han demostrado los efectos de esos enfoques. Los cambios resultantes son particularmente evidentes en el ámbito de la salud materna y neonatal. El derecho de la mujer a adoptar decisiones es crucial para su salud y la salud de su familia.

97. Las actividades de orientación comunitaria pueden clasificarse en cuatro grandes áreas, a saber: *i)* aumentar la sensibilización respecto de los derechos, las necesidades, las responsabilidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal; *ii)* el desarrollo de capacidades para mantenerse sano, adoptar decisiones saludables y responder a las urgencias obstétricas y neonatales; *iii)* el fortalecimiento de las redes de apoyo social entre las mujeres, las familias y las comunidades y de los vínculos con el sistema de salud, y *iv)* la mejora de la calidad asistencial, mediante el fortalecimiento de las interacciones de los servicios de salud con las mujeres y las comunidades y las respuestas a sus necesidades.¹ Es preciso invertir en cada una de estas áreas, sobre todo en los entornos con altas tasas de mortalidad materna y neonatal y limitado acceso a los servicios de salud. Las medidas habrán de adoptarlas numerosos actores de manera concertada, al tiempo que se hacen esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud. La sociedad civil puede desempeñar un papel catalizador a través de las coaliciones y redes existentes y reforzadas.

98. Las familias, y en particular las madres y los padres, son los principales responsables de los cuidados que se dispensan al recién nacido. Pueden y deben asegurar ciertos aspectos del cuidado del bebé sano después del nacimiento, como mantenerlo limpio y abrigado, iniciar la lactancia materna temprana y exclusiva y cuidar debidamente el cordón umbilical (incluido el uso de clorhexidina, si procede). Esto es particularmente importante para los bebés nacidos en casa o dados de alta a las pocas horas de nacer. Aunque es frecuente que prácticas como la lactancia materna se consideren comportamientos naturales, muchas mujeres necesitan el apoyo de una persona capacitada.

99. Las interacciones entre los cuidadores y el niño son cruciales para el desarrollo psicosocial y cognitivo y deben comenzar desde el día del nacimiento. Los gestos sencillos de comunicación y estimulación son pertinentes tanto para el bebé a término como para el prematuro, ya que catalizan la maduración de los circuitos neurológicos. El apoyo para el desarrollo en la primera infancia es un componente esencial de la atención del recién nacido.

100. Los hombres pueden desempeñar un importante papel en la salud de la madre y el recién nacido en calidad de compañeros, padres y miembros de la comunidad. Los hombres son a menudo los principales encargados de las decisiones en el comportamiento de búsqueda de atención para la madre y el recién nacido y deben comprender las necesidades, los riesgos y los signos de peligro del embarazo, el parto y el periodo posnatal. Los programas de salud que están tradicionalmente diseñados para interaccionar con las mujeres necesitan ampliar sus conocimientos sobre las necesidades y los puntos de vista de los hombres (sin poner en peligro los derechos de las mujeres), trabajar con hombres y mujeres (adolescentes y adultos) y presentar las perspectivas de género y los derechos reproductivos como algo que atañe a todos ellos. Los agentes de salud deben hacer que los hombres se sientan cómodos al acompañar a sus mujeres y asistir a los partos, apoyándoles para mejorar la comunicación y la adopción de decisiones en las parejas.

¹ Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

101. En 2009, la OMS y el UNICEF presentaron una declaración conjunta sobre las visitas domiciliarias de atención neonatal como estrategia para mejorar la supervivencia de los recién nacidos, basada en estudios científicos que demostraban que las visitas domiciliarias de agentes de salud comunitarios mejoran las tasas de supervivencia de aquellos.¹ Desde entonces, amplios estudios llevados a cabo en África y Asia han demostrado que, en efecto, las visitas domiciliarias durante el embarazo y la semana posterior al parto inducen un aumento del número de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal y reciben atención calificada durante el parto. También ayudan a las familias a administrar mejores cuidados al recién nacido y adoptar mejores prácticas, como la demora del primer baño y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, lo que se traduce en reducciones significativas de las tasas de mortalidad neonatal.

102. Los dirigentes comunitarios, los miembros de la familia, las parteras tradicionales y otras personas con influencia también pueden ser agentes de cambio positivo. Según el contexto, los familiares de más edad, como las abuelas y las suegras, tienen un importante papel en las decisiones y los cuidados, sancionado por la cultura, que les permite influir en la alimentación de las embarazadas, la carga de trabajo y las responsabilidades domésticas y el uso de los servicios de urgencias.

103. Para mejorar la salud de la madre y el recién nacido se recomienda la movilización comunitaria por medio de un aprendizaje participativo facilitado y la acción con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales. La intervención puede tener un efecto positivo en la mortalidad de los recién nacidos, y mediante nuevos estudios tal vez puedan conocerse mejor los efectos en la salud y el comportamiento de búsqueda de atención de las madres. La implantación de un aprendizaje participativo facilitado y la acción con grupos de mujeres debe centrarse en fomentar debates en los que las mujeres puedan identificar problemas prioritarios y promover soluciones locales en materia de salud de la madre y el recién nacido. Para asegurar la calidad, esta intervención debe ir acompañada de un estrecho seguimiento y evaluación, además de la adaptación previa al contexto local.

104. Agentes de salud no especializados, entre ellos parteras tradicionales, han desempeñado con éxito funciones relacionadas con la prestación de atención de salud a las madres y los recién nacidos y pueden ser miembros importantes del equipo sanitario. No se pretende que sustituyan a un profesional durante el parto, pero pueden promover eficazmente intervenciones relativas a la salud de las madres y los recién nacidos y la salud reproductiva como, entre otras, comportamientos adecuados de búsqueda de asistencia, preparación para el parto y las complicaciones, y apoyo a la lactancia materna. Las parteras tradicionales son muchas veces personas valoradas y respetadas por la comunidad, y es importante encontrarles nuevas funciones en esferas como la prestación de un apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto (en presencia de un asistente capacitado) y servir de vínculo entre las comunidades y los servicios de salud.²

105. Junto con otras medidas, las redes sociales y los medios de información también pueden ser elementos de influencia para transmitir conocimientos, inducir cambios de comportamiento e inculcar a los servicios de salud neonatal la idea de responsabilidad social. Unas campañas de sensibilización transmitidas por radio y televisión han contribuido a aumentar el número de partos en establecimientos

¹ OMS, UNICEF. Declaración conjunta. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. WHO/FCH/CAH/09.02.

² WHO recommendations. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012; WHO, ICM, FIGO. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

de salud y a promover la lactancia materna exclusiva y otras intervenciones. Los enfoques multidimensionales potencian el alcance de los mensajes.

106. Se puede aprovechar la considerable experiencia del sector privado en materia de comunicación estratégica para impulsar cambios de las normas sociales (como aceptar que las muertes de madres y recién nacidos son inevitables), promover comportamientos óptimos en materia de salud y aumentar la demanda de atención sanitaria de buena calidad. La capacidad de muchas empresas privadas de llevar a cabo estudios y explotar diversas fuentes de datos con el fin de conocer qué motiva los cambios de comportamiento es un activo muy valioso cuyo potencial aún no se ha aprovechado al máximo. Las alianzas publicoprivadas son particularmente aptas para organizar campañas de sensibilización en múltiples medios de comunicación haciendo uso de las plataformas de comunicación existentes en el sector privado, la televisión, la radio, las redes sociales y las tecnologías de ciber salud y teléfono móvil.

107. Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir sobremanera a la movilización social, generando voluntad política e impulsando el diseño de políticas, y pueden ayudar a responsabilizar a los gobiernos y los servicios de salud por la ejecución de sus programas y planes.

108. Se están llevando a cabo revisiones sistemáticas de los resultados de enfoques basados en pruebas y concebidos para aprovechar la influencia de las mujeres, los padres y las comunidades en las áreas siguientes: la preparación para el parto y las complicaciones; sistemas de transporte; hogares para mujeres próximas a dar a luz; participación de la comunidad en la planificación de programas y la mejora de la calidad; reducción de las barreras financieras y abono de transferencias de efectivo; atención integrada de las enfermedades neonatales e infantiles; uso de la tecnología de telefonía móvil; auditorías de las defunciones maternas y perinatales, y financiación basada en resultados. Las conclusiones informarán las futuras políticas sobre esos enfoques.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 4

Los Gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) promover la nula tolerancia ante las muertes maternas y neonatales prevenibles;
- b) utilizar al máximo la influencia de los padres, la sociedad civil, los medios de comunicación y de redes sociales para ofrecer información y lograr que cambien las normas;
- c) realizar un análisis sistemático de los obstáculos que impiden acceder a servicios de atención materna y neonatal de calidad, y de la adopción de prácticas esenciales de atención domiciliaria por las mujeres, las familias y las comunidades, y lograr la participación activa de las comunidades en la determinación de prioridades y la planificación de las acciones pertinentes;
- d) dotar a las familias, incluidos los hombres, de los conocimientos y las capacidades que les permitan dispensar una buena atención en el hogar;
- e) fortalecer los vínculos entre la comunidad y los establecimientos de atención de salud por medio de enfoques innovadores para llegar a las zonas remotas;
- f) adoptar estrategias combinadas para mejorar la calidad de la atención en el hogar y la atención de los servicios de salud;

- g) evaluar la utilidad de las organizaciones de base comunitaria como los grupos de mujeres de carácter participativo para promover la movilización comunitaria, especialmente en poblaciones rurales con un acceso limitado a la atención;
- h) adoptar estrategias basadas en pruebas objetivas para generar y sostener la demanda de servicios mediante el recurso a acciones de ámbito comunitario;
- i) implicar, habilitar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil del país para que exijan transparencia y supervisión, y mejoren el acceso a la atención y la calidad de esta;
- j) implicar al sector privado para que apoye las campañas de comunicación realizadas en los distintos medios con el propósito de modificar las normas sociales, promover la nula tolerancia de la mortalidad prevenible y alentar los comportamientos óptimos.

109. Las muertes de madres y recién nacidos y las muertes fetales deben ser reconocidas por las comunidades, las familias y las personas como algo que puede prevenirse en lugar de algo inevitable. Para asegurar la nula tolerancia de las muertes prevenibles, debe producirse un cambio en las normas sociales y las expectativas en torno al parto y la supervivencia del recién nacido, y debe darse la palabra a los padres de niños que nacieron muertos o murieron al poco de nacer. Las estrategias de movilización *inter pares*, como recurrir a los padres para movilizar a la sociedad civil, las redes sociales y los medios de información pueden utilizarse para difundir información y cambiar las normas.

110. El análisis de los obstáculos propuestos en el objetivo estratégico 3 también debería centrarse en los factores que determinan la demanda de servicios para la madre y el recién nacido e influyen en la administración de los cuidados recomendados en el hogar en los países que soportan una elevada carga de mortalidad neonatal. Para elaborar una respuesta adecuada es fundamental conocer los aspectos motivacionales, culturales, estructurales y financieros que inducen a las familias y las comunidades a aplicar unas buenas prácticas de cuidados domiciliarios y a solicitar la atención necesaria para las madres y los recién nacidos. Los programas deben incluir actividades que den la palabra a las mujeres y las familias y permitan su participación en el establecimiento de prioridades en los problemas y las soluciones.

111. Si el acceso a los servicios de salud fuera deficiente o no equitativo, los países deberían estudiar la posibilidad de invertir en agentes de salud comunitarios como un poderoso recurso para mejorar la atención materna y neonatal, en particular en las zonas de difícil acceso, y asegurar su integración como valioso recurso humano junto a los profesionales sanitarios en todo lo que atañe a la salud de las madres y los niños. Se necesitarán una formación apropiada, supervisión de apoyo, un despliegue adecuado y la debida remuneración.

112. Se debería estudiar la posibilidad de fortalecer organizaciones comunitarias tales como los grupos de mujeres con el fin de promover la movilización comunitaria mediante enfoques basados en el diálogo, como los ciclos facilitados de aprendizaje participativo y acción. Esto es particularmente pertinente en las poblaciones rurales para las que el acceso a la atención es limitado. Se necesita con urgencia evaluar más a fondo la utilidad de este enfoque en las zonas urbanas pobres y con otros agentes, incluidos los hombres y las abuelas.

113. Las familias, en particular los hombres y los padres, también tienen un papel importante. Debe lograrse su participación en las actividades, tanto individuales en el hogar como comunitarias, a fin de aumentar su contribución al apoyo de la salud en la familia. Puede aumentarse la capacidad para prestar cuidados adecuados en el hogar por distintos canales, como la educación en salud, las campañas en los medios y las visitas a domicilio por agentes de salud comunitarios adiestrados.

114. El fortalecimiento de los vínculos entre las comunidades y los establecimientos sanitarios mejora los resultados sanitarios de las mujeres y sus bebés, especialmente cuando existen servicios de derivación. La telefonía móvil, que está muy difundida hoy en día y puede llegar a zonas remotas en muchos países, ofrece un medio para mejorar esos vínculos. Se ha utilizado con éxito para comunicar mensajes de salud, crear líneas de asistencia y facilitar el seguimiento de los nacimientos y las defunciones en tiempo real, y se puede vincular con intervenciones de movilización comunitaria para crear mayores sinergias.

115. La generación de demanda de servicios para las comunidades insuficientemente atendidas exige enfoques innovadores con estrategias basadas en pruebas. Por ejemplo, puede estudiarse la posibilidad de realizar transferencias monetarias condicionadas a las familias y las comunidades cuando las circunstancias financieras impiden el acceso a la atención de salud, con un seguimiento cuidadoso para confirmar su eficacia con respecto al costo.

116. La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño ha solicitado que se refuercen la supervisión y la transparencia y ha instado a los parlamentarios, los dirigentes comunitarios, los miembros de la sociedad civil y la población en general a que reclamen información y participen activamente en la planificación y el seguimiento de los servicios de salud y la calidad de la atención que reciben las madres y sus hijos. Los países deberían seguir estas recomendaciones. Del mismo modo, la aplicación de este plan de acción a escala mundial debería llevar aparejada la rendición de cuentas independiente de todos los interesados con respecto a sus compromisos para salvar vidas de recién nacidos.

Objetivo estratégico 5: Contabilizar todos los recién nacidos. Medición, seguimiento de los programas y rendición de cuentas

Justificación del objetivo estratégico 5

117. Las estadísticas vitales ofrecen información indispensable, y en este caso particular permiten que las políticas sean más eficaces y sensibles a las necesidades de las mujeres y los niños. Sin embargo, en 2010 alrededor de una tercera parte de los 135 millones de nacimientos ocurridos en el mundo y dos terceras partes de las muertes quedaron sin registrar. La mitad de los países de las Regiones de África y Asia Sudoriental de la OMS no consignan la causa de muerte en sus estadísticas vitales, y los sistemas existentes adolecen de graves deficiencias.¹ En algunos países, el sistema de registro civil no sigue las recomendaciones mundiales relativas a los niños que se deben contabilizar, y es frecuente que, además, el sistema funcione solamente en parte del país. En otros países no se registran todas las muertes. El hecho de que no se recopilen datos de alta calidad en el registro de los nacimientos y las defunciones, incluida la causa de la muerte, hace que se carezca de información crucial para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación en todos los sectores del desarrollo, incluidos la salud y los servicios de atención sanitaria. La resolución A/HRC/19/L.24 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, relativa a la inscripción de nacimientos y el derecho de todo ser humano al reconocimiento en todas partes de su personalidad jurídica, está enteramente dedicada a la inscripción de nacimientos y la identificación legal de todas las personas sin discriminación alguna.

118. A medida que los poderes públicos y los asociados vayan estableciendo y ampliando el acceso a las intervenciones relacionadas con la salud neonatal hará falta más y mejor información para el se-

¹ Oomman N, Mehl G, Berg M, Silverman R; (2013) Modernising vital registration systems: why now? *The Lancet* 381(9875): 1336 - 1337.

guimiento y la evaluación de los avances hacia el logro de los compromisos adquiridos para poner fin a la mortalidad neonatal prevenible.

119. Se dispone de pocos indicadores universales para supervisar la calidad de la atención materna y neonatal y la equidad del acceso a esa atención. Se han adoptado algunas iniciativas para mejorar las mediciones, como añadir a las encuestas de hogares preguntas sobre la atención posnatal dispensada a las madres y los recién nacidos, y en el caso de los cuestionarios de evaluación de los establecimientos, preguntas sobre la disponibilidad de productos básicos para recién nacidos, como equipos de reanimación y corticosteroides para la corticoterapia prenatal. Aun así, la recopilación de estos datos todavía plantea numerosas dificultades. Las encuestas de hogares basadas en la población, incluidas las encuestas demográficas y sanitarias y las encuestas de conglomerados de indicadores múltiples, llevan tiempo recopilando datos sobre indicadores de la planificación familiar, la atención prenatal y la asistencia en el parto. Recientemente se ha incorporado a esas encuestas más información sobre los contactos posnatales de los recién nacidos y cada vez hay más países que disponen de esos datos. Uno de los hitos que se proponen en el presente plan es un proceso para generar indicadores que puedan incluirse en las encuestas de hogares para evaluar las prácticas de atención al recién nacido y el contenido de la atención posnatal.

120. Persisten muchas deficiencias importantes en la recopilación de datos sistemáticos sobre los resultados, la cobertura y la calidad de la atención en el periodo del parto. Hay que prestar una atención mucho más rigurosa a la elaboración y puesta a prueba de indicadores para dicho periodo y a su inclusión en los sistemas de información de la gestión sanitaria. En la actualidad, los sistemas de información sanitaria sistemática contienen pocos indicadores relacionados con la salud del neonato, y los datos recopilados apenas se utilizan para mejorar la calidad. Es preciso acordar un conjunto de indicadores básicos y suplementarios que permitan hacer un seguimiento no solo de la cobertura poblacional de intervenciones eficaces, sino también de la calidad de la atención en los servicios de salud, con miras a utilizarlos en diversos contextos, entre ellos las emergencias humanitarias complejas. Los administradores de todos los niveles necesitan saber en qué medida el sistema puede prestar servicios esenciales a la madre y el recién nacido y detectar aspectos débiles en el desempeño que puedan rectificarse mejorando la planificación, la elaboración de presupuestos y la prestación de servicios. Muchos de los indicadores pueden integrarse en los sistemas ordinarios de información sanitaria y pueden validarse periódicamente los resultados mediante encuestas específicas.

121. Muchos países han aceptado que la vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta a ella son un medio eficaz de identificar las muertes, investigar sus factores determinantes y tomar medidas correctivas respecto a las causas de muerte prevenibles. Las muertes perinatales deberían considerarse un componente importante de estas iniciativas. Un metanálisis del impacto asociado a la introducción de las auditorías perinatales en los países de ingresos bajos y medianos mostró que la mortalidad descendía un 30% cuando las soluciones identificadas en el proceso de auditoría se llevaban a la práctica.¹ Las nuevas directrices de la OMS y sus asociados ofrecen recomendaciones claras sobre la forma de establecer satisfactoriamente la vigilancia de las muertes maternas a escala completa. En ellas se promueve un enfoque por fases y se sugiere insistir en el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y respuesta a las muertes maternas en los establecimientos sanitarios antes de ampliarla a las comunidades. La auditoría de la mortalidad materna y perinatal y la vinculación de los resultados a un proceso nacional pueden fortalecer la capacidad de luchar contra las causas prevenibles de mortalidad. Sin embargo, en muchos países, los mecanismos de protección jurídica que facilitarían la realización de

¹ Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries. *Int J Gynaecol Obstet.* Oct 2009;107 Suppl 1:S113-121, S121-112.

investigaciones completas son insuficientes, lo que impide aprovechar todo el potencial de este enfoque.

Medidas propuestas

Medidas clave para el objetivo estratégico 5

Los gobiernos, en colaboración con las partes interesadas, deberían:

- a) invertir en mejorar la cobertura y la calidad del registro de nacimientos y defunciones, promoviendo el registro de todos los nacimientos (nacidos vivos y mortinatos) y registrar las muertes prenatales y neonatales;
- b) estudiar la posibilidad de utilizar certificados de defunción específicos para el periodo perinatal que registren datos adicionales sobre los mortinatos, la edad gestacional y el peso al nacer además de las complicaciones maternas;
- c) elaborar un conjunto mínimo de datos del periodo perinatal y garantizar que se recopilen todos los resultados obstétricos, con definiciones uniformes y vínculos cruzados con las bases de datos para el registro civil;
- d) institucionalizar la vigilancia de la mortalidad materna y perinatal y la respuesta a ella, vincularla a los exámenes de las defunciones perinatales y tomar medidas para hacer frente a los factores evitables identificados por medio de dichos exámenes;
- e) hacer un seguimiento de los resultados de morbilidad y discapacidad del recién nacido, en particular cuando se estén ampliando los cuidados intensivos neonatales;
- f) evaluar y definir indicadores de la prestación de servicios de salud para las madres y los bebés (basados en los indicadores mundiales propuestos en el anexo 2) e integrarlos en los sistemas e instrumentos de recopilación de datos sistemáticos;
- g) instar a los parlamentarios, los dirigentes comunitarios, la sociedad civil y la población general a que demande información y participe activamente en la planificación y el seguimiento del acceso a servicios de salud de calidad por parte de las mujeres y los niños;
- h) elaborar estrategias para implicar al sector privado en la mejora de la recopilación y la calidad de los sistemas de registro de nacimientos y defunciones y en la inversión, el desarrollo y la ejecución de mecanismos innovadores de acopio de datos.

122. Los países deberían introducir e invertir en la mejora de los sistemas de registro de los nacimientos y las defunciones, y estudiar la posibilidad de aplicar mecanismos innovadores para recopilar datos, por ejemplo, recurriendo a los agentes de salud comunitarios y a la telefonía móvil. El registro de los mortinatos y de las muertes neonatales debería ir acompañado de una categorización de las causas de muerte que tuviera interés desde el punto de vista de los programas. Deberían incluirse otros datos, como la edad gestacional y el peso al nacer, así como la consideración de los determinantes sociales de la mortalidad. Habría que hacer un seguimiento continuo de la calidad y la integridad de los datos, y estos deberían difundirse para que sirvieran de base a la planificación.

123. Se necesitan inversiones y apoyo técnico para mejorar la cantidad, la coherencia y la frecuencia de los datos nacionales recopilados sobre todos los resultados de salud maternos y obstétricos en el marco de un conjunto mínimo de datos perinatales vinculado a los datos del registro civil y a los procedentes de los establecimientos sanitarios. Los países deberían fortalecer los mecanismos de vigilancia de las muertes maternas y la respuesta correspondiente y la vigilancia de la mortalidad perinatal, vinculándolos a exámenes de las muertes perinatales y adoptando medidas para hacer frente a los fac-

tores evitables que se concluyan de esos exámenes. También es importante hacer un seguimiento de los casos de discapacidad (por ejemplo, retinopatía del prematuro, sordera y parálisis cerebral), en particular en los países que están ampliando los servicios de cuidados intensivos neonatales.

124. Los indicadores básicos mundiales que se proponen en el marco del proyecto de plan de acción (anexo 2) deberían ser evaluados por los interesados y luego integrarse en los sistemas nacionales de gestión de la información sanitaria. El conjunto de indicadores propuestos se elaborará con mayor detalle como parte de la ejecución del plan de acción (a la que se refiere el párrafo 135) que cubrirá los ámbitos del estado de preparación de los servicios, los resultados, la utilización de servicios, la cobertura de las intervenciones y la calidad de la atención.

125. Todas las partes interesadas, desde los parlamentarios y los dirigentes comunitarios hasta la sociedad civil y la población general, han de exigir información y participar en la planificación y el seguimiento del acceso a servicios de salud de calidad por parte de las mujeres y los niños, quizá mediante el uso de fichas de puntuación, para aumentar la rendición de cuentas en la ejecución de este plan de acción.

126. Al tiempo que fortalecen los sistemas de recopilación de información sistemática, los países y sus asociados para el desarrollo deberían realizar encuestas periódicas de hogares con el fin de obtener datos sobre la mortalidad, la cobertura de las intervenciones y el uso de los servicios. También debería implicarse al sector privado en la mejora del acopio y la calidad de los sistemas de registro de nacimientos y defunciones y en la inversión, el desarrollo y la aplicación de mecanismos innovadores de acopio de datos, especialmente recurriendo a la telefonía móvil.

MARCO PARA EL ÉXITO

127. El marco de impacto que aparece en la figura 6 incorpora «Todos los recién nacidos» al concepto «Todas las mujeres, todos los niños» y amplía los objetivos para incluir la lucha contra las muertes prevenibles de mujeres, recién nacidos y niños y la mortinatalidad prevenible, y la mejora del desarrollo infantil y el capital humano. El nivel de resultados del marco incluye todos los conjuntos relativos a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Así, el plan de acción se centra particularmente en la atención de la mujer y el bebé en el trabajo de parto, el parto y la primera semana de vida, pero también en la atención de los recién nacidos enfermos y de pequeño tamaño, con el objetivo de lograr la cobertura sanitaria universal de todos los conjuntos de intervenciones. La mayor cobertura con atención de calidad exige ampliar el cambio de los programas dentro del sistema sanitario y de la comunidad. Las aportaciones a un sistema de salud fortalecido requieren una medición rigurosa, un estrecho seguimiento de los programas y rendición de cuentas. Por último, los contextos sociopolítico, económico, ambiental, biológico y jurídico influyen en todos los niveles de cambio.

Figura 6. Marco de impacto del plan de acción «Todos los recién nacidos»



128. Los objetivos en materia de mortalidad solo se lograrán mediante mejoras de la cobertura y de la calidad de la atención que se dispensa a las mujeres y los bebés en el nacimiento y la atención de los recién nacidos pequeños y enfermos. Por consiguiente, se proponen metas intermedias de las intervenciones basadas en pruebas respecto de la cobertura y la calidad de la atención en torno al nacimiento, la atención de neonatos en situación de riesgo, visitas a domicilio y apoyo de grupos participativos para mujeres y recién nacidos (anexo 1).

129. Objetivos relativos a la cobertura para 2020

a) **Cobertura y calidad de la atención en el parto y el nacimiento:** El 90% de las mujeres que dan a luz y de los bebés que nacen en establecimientos de salud recibirán una atención de alta calidad, eficaz y respetuosa, que comprenderá la atención esencial durante el embarazo y el parto y después del nacimiento, y las medidas preventivas y el tratamiento pertinente de las complicaciones en la madre y el recién nacido. La vigilancia de las muertes maternas y perinatales, la respuesta oportuna a estas y el seguimiento periódico de la calidad asistencial formarán parte integral de los servicios de salud materna y neonatal.

b) **Cobertura y calidad de la atención dispensada a los neonatos pequeños y enfermos:** Al menos la mitad de los bebés que no respiran espontáneamente después del nacimiento después de ser secados minuciosamente y estimulados serán reanimados con respirador de bolsa y mascarilla; al menos la mitad de los prematuros estables y los neonatos de menos de 2000 gramos serán atendidos con el método «madre canguro» y otras medidas de apoyo, y al menos la mitad de los recién nacidos que presentan una posible infección bacteriana grave recibirán anti-

bioterapia. Se establecerán metas específicas en cada país en relación con los cuidados intensivos neonatales completos, que incluirán el seguimiento de la discapacidad.

c) **Visitas domiciliarias y apoyo de grupos participativos para la mujer y el recién nacido:** Todos los países habrán logrado que la prestación de atención posnatal temprana a la madre y el recién nacido en los dos días posteriores al nacimiento aumente al menos un 20% (o llegue al 90% si la cifra inicial de referencia era superior al 70%), con objeto de promover la lactancia materna, el asesoramiento en materia de complicaciones maternas y neonatales y la detección de estas, y la planificación familiar posnatal. La vinculación con enfoques comunitarios participativos y grupos de padres es un importante componente de esta estrategia.

130. **Objetivos relativos a la cobertura para 2025**

a) **Cobertura y calidad de la atención en torno al parto:** El 95% de las mujeres darán a luz con un asistente calificado, y todas las mujeres y sus hijos recién nacidos recibirán una atención de alta calidad, eficaz y respetuosa (véase el párrafo 129).

b) **Cobertura y calidad de la atención dispensada a los neonatos en situación de riesgo:** Al menos el 75% de los bebés que no respiran espontáneamente después del nacimiento después de secarlos minuciosamente y estimularlos serán reanimados con respirador de bolsa y mascarilla; al menos el 75% de los prematuros estables y los neonatos de menos de 2000 g serán atendidos con el método «madre canguro» y otras medidas de apoyo, y al menos el 75% de los recién nacidos que presentan una posible infección bacteriana grave recibirán antibioterapia.

c) **Visitas domiciliarias y apoyo de grupos participativos para la mujer y el recién nacido:** El 90% de las madres y los recién nacidos recibirán atención posnatal temprana de alta calidad en los dos días posteriores al nacimiento. Se realizará un seguimiento de la calidad de la atención posnatal mediante indicadores mejorados para evaluar el contenido y los resultados a más largo plazo, como el objetivo nutricional de una tasa de lactancia materna exclusiva del 50% en todos los países de aquí a 2025. La vinculación con enfoques comunitarios participativos y grupos de padres es un importante componente de esta estrategia.

MEDIDAS DEL ÉXITO

131. El plan de acción «Todos los recién nacidos» consiste en adoptar medidas para lograr ambiciosos objetivos de mortalidad y metas de cobertura para poner fin a las muertes de recién nacidos y los mortinatos que pueden prevenirse. La vía para conseguir un impacto estará marcada por hitos, que se definen en los niveles mundial y nacional para el periodo 2014-2020 (anexo 1). Esos hitos formarán el punto de partida para la rendición de cuentas y la supervisión independiente y serán la base para seguir los avances en la ejecución. El seguimiento y evaluación coincide con los exámenes de los progresos realizados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015 y estarán listos para los futuros objetivos de desarrollo sostenible para después de 2015, con vínculos al nuevo mecanismo de rendición de cuentas.

132. Uno de los hitos a nivel mundial es un plan de seguimiento más detallado, con indicadores de cobertura y resultados que permitan seguir los avances. Esos indicadores habrán de ser acopiados y utilizarse para la acción de los programas nacionales dentro de los países. La definición clara de intervenciones y estrategias en relación con la mortinatalidad representa otro hito.

133. El verdadero cambio para las mujeres y sus bebés tendrá lugar dentro de los países. Los hitos nacionales incluyen, entre otros, asegurar lo siguiente: los productos básicos son incluidos en las listas nacionales de medicamentos esenciales y son objeto de seguimiento; se presta oídos a la comunidad, en especial a las mujeres; los planes de salud nacionales se perfeccionan y acompañan de un cálculo de costos con el fin de hacer frente debidamente a la salud del recién nacido y la mortalidad; y el gasto nacional en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil se sigue y es objeto de informes.

134. Considerar conjuntamente a la mujer y a su bebé es un concepto básico del plan de acción, de modo que se necesita un conjunto de intervenciones para ambos: son diferentes pero interdependientes, y esa interdependencia es vital para ambos. Como complemento a este plan de acción, la OMS, el UNICEF y los asociados elaborarán una iniciativa adaptada a la madre y el bebé que se centrará en mejorar la calidad de la atención para madres y recién nacidos en establecimientos de salud, vinculándola con acciones comunitarias y con el fortalecimiento del sistema de salud de distrito. Se definirá un conjunto de normas y pautas para la calidad de la atención en torno al nacimiento y el periodo posnatal inmediato y, una vez establecido en consulta con los países y con expertos técnicos, habrá de ser adaptado y adoptado dentro de los países.

135. Para alcanzar la visión, los objetivos de mortalidad y las metas de cobertura que se exponen en el plan se necesitan indicadores medibles que permitan seguir los avances e informar la política de los programas sanitarios. La selección de los indicadores básicos (anexo 2) entrañó un proceso de asignación de puntuaciones respecto de la pertinencia directa con el marco del plan de acción, los objetivos y las metas y el examen de la actual disponibilidad de datos. Los indicadores básicos en algunos casos están acordados y son objeto de seguimiento, pero algunos han de someterse a más pruebas e integrarse en los sistemas de medición nacionales. Se necesitan con urgencia trabajos para mejorar la medición de estos indicadores y otros que los apoyan y aumentar el número de países que someten a un seguimiento sistemático. La utilización práctica de esos indicadores básicos y una amplia lista de otros indicadores necesarios forma parte de los hitos a corto plazo que se enumeran en el anexo 1.

PRIORIDADES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN

136. Es preciso que la investigación en salud, en los tres ámbitos de la prestación, el desarrollo y el descubrimiento, se sitúe en la vanguardia de los esfuerzos encaminados a reducir la mortalidad neonatal. En el marco de un análisis mundial para el periodo 2013-2025 se determinaron las prioridades en materia de investigación sobre salud neonatal. Nueve de las diez prioridades identificadas guardaban relación con la mejora de la dispensación de intervenciones conocidas.

137. Las principales prioridades en materia de investigación sobre la dispensación de intervenciones comprenden la búsqueda de enfoques para ampliar el acceso a técnicas simplificadas de reanimación neonatal en niveles asistenciales inferiores del sistema de salud; la identificación y el tratamiento de las infecciones neonatales en el ámbito comunitario; la reducción de los obstáculos que entorpecen la ampliación de la lactancia materna exclusiva y del método «madre canguro» en los establecimientos sanitarios; la evaluación del empleo de clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical en los niños nacidos en establecimientos sanitarios, y la elaboración de estrategias para mejorar la calidad de la atención dispensada durante el trabajo de parto y el nacimiento en establecimientos sanitarios.

138. En lo relativo al desarrollo, las prioridades identificadas comprenden la adaptación del método «madre canguro» para facilitar su uso en el ámbito comunitario; la detección precoz en la comunidad de las mujeres que podrían correr grandes riesgos en el embarazo y el parto; la mejora y simplificación de la monitorización fetal durante el parto; la evaluación del uso de los antibióticos orales apropiados para el tratamiento de la septicemia neonatal; la definición del papel que podrían desempeñar las audi-

torías perinatales en la mejora de la calidad de la atención durante el parto, y el desarrollo de agentes tensioactivos y dispositivos menos costosos para su uso en los países de ingresos bajos y medianos.

139. En cuanto a los descubrimientos, se subraya la necesidad de invertir en ciencia y tecnología para determinar las causas del desencadenamiento prematuro del trabajo de parto; investigar nuevos tocolíticos para demorar el parto prematuro; desarrollar agentes tensioactivos estables que se dispensen más fácilmente; descubrir vacunas maternas eficaces para prevenir la septicemia neonatal; poner a punto pruebas diagnósticas y nuevos agentes biológicos utilizables en el punto de atención para identificar y tratar mejor la septicemia neonatal; investigar métodos más eficaces de detección del sufrimiento fetal, e identificar biomarcadores del retraso del crecimiento intrauterino y la muerte fetal.

COORDINACIÓN

140. Para llevar a la práctica el proyecto de plan de acción hará falta la participación de muchos interesados, a saber, los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas, los países donantes, las Naciones Unidas y otras organizaciones multilaterales y las instituciones filantrópicas mundiales, así como la sociedad civil, los trabajadores sanitarios y sus asociaciones profesionales, el sector empresarial, y las instituciones académicas y de investigación (véase el anexo 3).

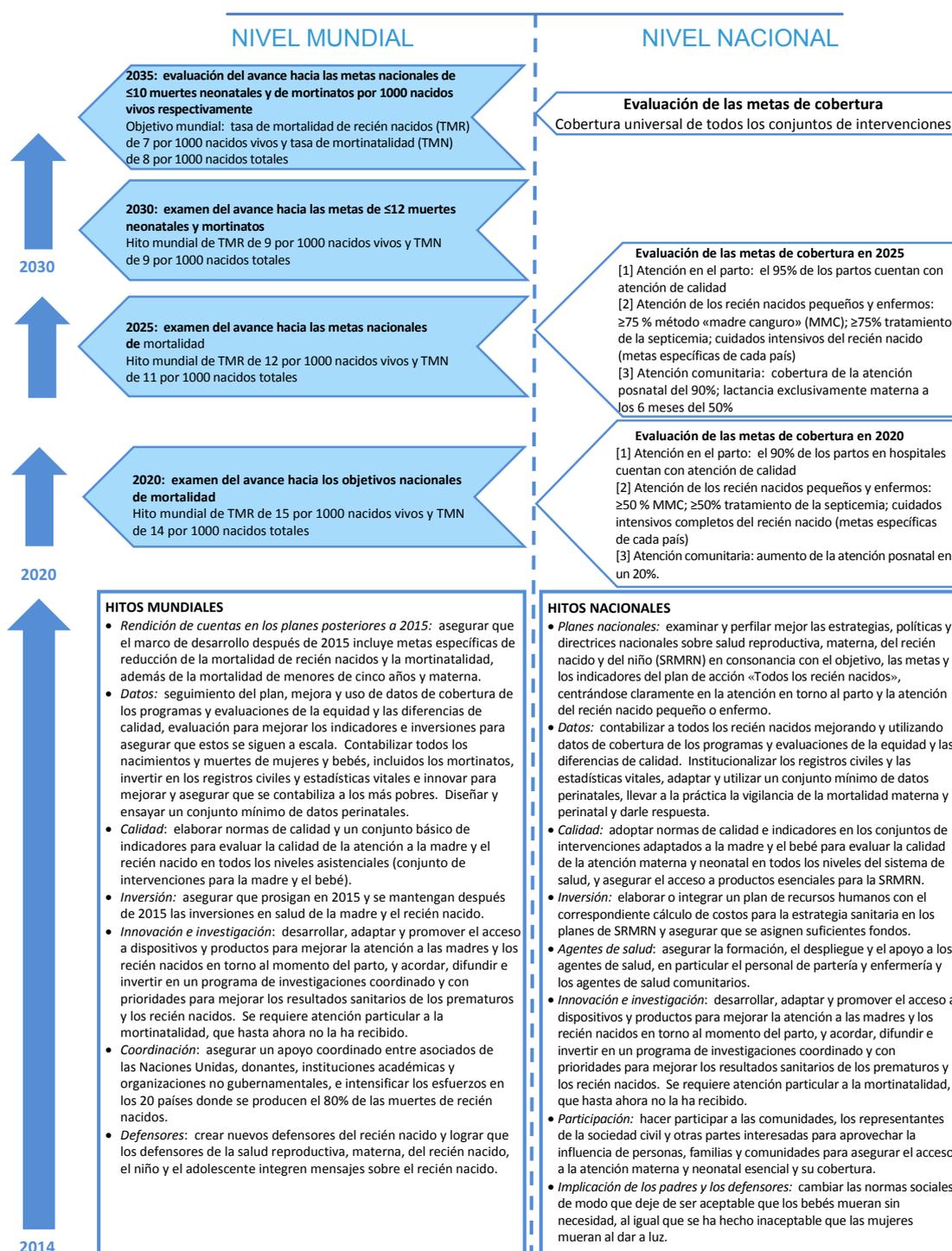
141. En el plan se definen medidas prioritarias para dar un comienzo saludable a todos los recién nacidos en el contexto de programas integrados de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente. Los servicios de salud de la madre y el niño son una plataforma idónea para ofrecer conjuntos integrados de diversas intervenciones, entre ellas, las referidas a la malaria, la infección por el VIH, la nutrición y la inmunización. Es fundamental que los objetivos de desarrollo para después de 2015 incluyan la visión de sociedades saludables en las que las mujeres y las adolescentes, los recién nacidos y los niños sobrevivan y prosperen. La coordinación para que se materialice esta visión se apoyará en un proceso asistencial continuo, sólido y seguro para reducir de forma drástica las muertes de madres, recién nacidos y niños que pueden prevenirse, y que tiene el potencial de construir sociedades más equitativas y transformar el desarrollo humano.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

142. Se invita a la Asamblea de la Salud a adoptar el proyecto de plan de acción.

ANEXO 1

OBJETIVOS, METAS E HITOS MUNDIALES Y NACIONALES PARA EL PERIODO 2014-2035



ANEXO 2

**INDICADORES MUNDIALES PROPUESTOS PARA EL PLAN DE ACCIÓN
«TODOS LOS RECIÉN NACIDOS»¹**

	Indicadores básicos de todos los recién nacidos	Otros indicadores
Impacto	1. Razón de mortalidad materna*	
	2. Tasa de mortinatalidad	Tasa de mortinatalidad durante el parto
	3. Tasa de mortalidad neonatal*	Tasa de bajo peso al nacer* Tasa de nacimientos prematuros Pequeño tamaño para la edad gestacional Tasas de morbilidad neonatal, por ejemplo infecciones Tasas de discapacidad a largo plazo tras afecciones neonatales
Cobertura: atención de todas las madres y los recién nacidos	4. Asistente calificado en el parto* 5. Atención posnatal temprana para las madres y los bebés* 6. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses*	
Cobertura: complicaciones y atención añadida	7. Uso prenatal de corticosteroides 8. Reanimación neonatal 9. Método madre canguro y apoyo a la lactancia 10. Tratamiento de la septicemia neonatal	Tasa de cesáreas*
Insumo: contabilización	Registro de nacimientos*	Registro de defunciones, con inclusión de la causa
<i>Insumo: Conjuntos de prestación de servicios de «Todos los recién nacidos»</i>	<i>Normas y pautas medibles adaptadas a la madre y el bebé</i> <i>Atención de los recién nacidos pequeños y enfermos</i>	

¹ * = indicador tal y como se define y se sigue en Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013; Gris = no se sigue sistemáticamente en la actualidad; **Negrita** = indicador que requiere una evaluación adicional para que la medición sea uniforme y esté vinculada a los hitos del anexo 1. *Cursiva* = paquete de intervenciones para el que deben definirse normas y pautas, y vínculos con los hitos del anexo 1.

Todos los indicadores se seguirán de tal modo que puedan ser desglosados para evaluar la equidad, por ejemplo, en zonas urbanas/rurales, regiones, quintil de riqueza.

ANEXO 3

ACCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

Todas las partes interesadas tienen un papel que desempeñar

Agente	Acciones
Gobiernos y planificadores de políticas de los niveles nacional, regional y mundial	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Planes nacionales:</i> examinar y revisar estrategias, políticas y directrices nacionales en materia de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño de acuerdo con el objetivo, las metas y los indicadores definidos en el plan de acción «Todos los recién nacidos», centrándose claramente en la atención en torno al parto. • <i>Presupuestos:</i> asignar suficientes recursos financieros a la salud de la madre y el recién nacido, y asegurar inversiones suficientes para mejorar la calidad de la atención. • <i>Legislación:</i> adoptar legislación apropiada sobre el registro de nacimientos, notificación de muertes de madres, protección de la maternidad y el Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna. • <i>Agentes de salud:</i> elaborar o integrar una estrategia de recursos humanos para la salud con el correspondiente cálculo de costos en los planes de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño para asegurar la formación, el despliegue y el apoyo de los agentes de salud, en particular el personal de partería, los asistentes calificados, el personal de enfermería y los agentes de salud comunitarios. • <i>Calidad:</i> adoptar normas de calidad y un conjunto básico de indicadores para evaluar la calidad de la atención materna y del recién nacido en todos los niveles de prestación de asistencia sanitaria. • <i>Productos básicos:</i> incluir productos esenciales para la salud de madres y recién nacidos en la lista nacional de medicamentos esenciales y asegurar un suministro ininterrumpido en todos los niveles del sistema de salud. • <i>Participación:</i> lograr la participación de comunidades, representantes de la sociedad civil y otros interesados directos para aprovechar la influencia de personas, familias y comunidades para asegurar el acceso y la cobertura de la atención esencial para la madre y el recién nacido. • <i>Rendición de cuentas:</i> contabilizar a todos los recién nacidos institucionalizando el registro civil y las estadísticas vitales, la vigilancia de las muertes maternas, perinatales y neonatales y la respuesta a estas.
Organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos multilaterales	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Políticas:</i> asegurar que el marco de desarrollo para después de 2015 incluye metas específicas de reducción de la mortalidad de recién nacidos y la mortinatalidad, además de la reducción de la mortalidad de madres y menores de cinco años.

Agente	Acciones
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Asistencia técnica:</i> prestar asistencia técnica y apoyo a las actividades oficiales de planificación, ejecución y rendición de cuentas. • <i>Coordinación:</i> asegurar un apoyo coordinado entre asociados de las Naciones Unidas e intensificar los esfuerzos en los 20 países en los que se produce el 80% de las muertes de recién nacidos. • <i>Calidad:</i> elaborar normas de calidad y un conjunto básico de indicadores para evaluar la calidad de la atención materna y neonatal en todos los niveles de prestación de asistencia sanitaria. • <i>Inversiones:</i> asegurar que las inversiones multilaterales en salud de la madre y el recién nacido prosiguen a lo largo de 2015 y se mantienen en la era de desarrollo posterior a 2015. • <i>Defensores:</i> lograr la participación de defensores de la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente para proporcionar mensajes coherentes y coordinados acerca de la salud del recién nacido.
Donantes y fundaciones	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financiación:</i> movilizar fondos para colmar las deficiencias y apoyar la aplicación de planes de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil con el correspondiente cálculo de costos, basados en pruebas, y asumidos por los países, que se centren particularmente en el parto y el nacimiento. • <i>Formación de los agentes de salud:</i> apoyar la formación y el despliegue de agentes de salud, lo que incluye invertir en personal de partería, asistentes de partería calificados, personal de enfermería y agentes de salud comunitarios que puedan realizar intervenciones básicas de calidad centradas en el parto. • <i>Productos básicos:</i> apoyar el acceso a productos básicos de calidad invirtiendo en financiación innovadora, creando incentivos para productores y compradores, apoyando la garantía de la calidad y la reglamentación, y actividades de investigación y desarrollo para mejorar los productos. • <i>Rendición de cuentas:</i> participar en pactos de los países y mejorar la rendición de cuentas en torno a las corrientes financieras.
Empresas privadas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Innovación:</i> invertir en la obtención y adaptación de dispositivos y productos para atender a las madres de los recién nacidos en torno al parto; invertir en campañas en pro del cambio social y de comportamiento, incluidas las que llegan a los más pobres y más vulnerables. • <i>Ejecución:</i> ampliar la escala de las mejores prácticas y asociarse con el sector público para mejorar la prestación de servicios.
Organizaciones no gubernamentales, comunidades y grupos de padres	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Agentes de salud comunitarios:</i> apoyar los cuidados preventivos antes y después del parto y la derivación a establecimientos básicos y completos según proceda. • <i>Liderazgo comunitario y rendición de cuentas:</i> promover el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas para eliminar las barreras (por ejemplo, en el transporte), hacer que los proveedores sanitarios se responsabilicen de prestar servicios de calidad y fortalecer los vínculos entre comunidades y establecimientos sanitarios.

Agente	Acciones
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Defensores</i>: identificar y apoyar a defensores locales, entre ellos parlamentarios, grupos de padres, profesionales, voluntarios de salud de la comunidad y dirigentes comunitarios; hacer participar y vincular a los defensores de la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente para proporcionar mensajes coherentes y coordinados sobre la salud del recién nacido. • <i>Demanda</i>: generar y mantener la demanda de servicios utilizando acciones asumidas por la comunidad (por ejemplo, incentivos, transferencias de efectivo condicionadas, seguros, transportes, movilización social, planes de crédito y ahorro y cooperativas). • <i>Adolescentes</i>: prestar especial atención a las adolescentes y aplicar enfoques que ayuden a prevenir los embarazos precoces y no deseados. • <i>Buscar asistencia</i>: recurrir a los agentes de salud comunitarios, los asistentes capacitados y las parteras para obtener una atención esencial de la madre y el recién nacido que salven vidas de bebés y mujeres. • <i>Calidad y rendición de cuentas</i>: actuar como voz para el cambio; exigir servicios de calidad, asequibles y accesibles; denunciar servicios de mala calidad por mecanismos oficiales y no gubernamentales.
Instituciones académicas y de investigación	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fijar prioridades en las necesidades de investigación</i>: acordar y divulgar un programa de investigaciones en los que se han fijado prioridades y se han coordinado para mejorar los resultados sanitarios de los prematuros y los recién nacidos. • <i>Invertir en investigación</i>: alentar una mayor asignación presupuestaria para la investigación en intervenciones innovadoras. • <i>Aumentar la capacidad de investigación</i>: aumentar la capacidad de las instituciones de investigación, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, y formar a profesionales. • <i>Divulgar los resultados</i>: divulgar los resultados de las investigaciones y las mejores prácticas. • <i>Entablar alianzas</i>: fortalecer las redes mundiales de proveedores académicos, investigadores y formadores.
Profesionales sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Intervenciones esenciales</i>: dar prioridad a las intervenciones esenciales en torno al parto y la atención de los nacidos pequeños y enfermos como parte del conjunto integrado de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. • <i>Agentes de salud</i>: prestar servicios integrados de calidad a los bebés y las mujeres mediante enfoques de formación acelerada, retención y motivación. • <i>Productos básicos</i>: trabajar con órganos locales y nacionales para asegurar la disponibilidad constante de productos básicos y suministros indispensables para las intervenciones clave en torno al parto. • <i>Calidad</i>: hacer un seguimiento de la calidad de la atención inclusive utilizando métodos de vigilancia y respuesta a las muertes de madres y muertes perinatales.

= = =