

**ESTRATEGIA DE UNICEF EN
AMERICA LATINA Y EL CARIBE
PARA CONTRIBUIR A LA
REDUCCION DE LA MORBI-
MORTALIDAD MATERNA,
NEONATAL E INFANTIL.
2011-2015**

Introduccion.-

La Oficina regional de UNICEF para Latino America y el Caribe (TACRO) tiene como organización de su respuesta al cumplimiento de los derechos del niños en su supervivencia y desarrollo infantil el area de enfoque 1 (FA1), la cual esta compuesta de las unidades de salud, nutricion y agua y saneamiento.

Como una respuesta a la programacion del MTSP y el ROPM regional de UNICEF , la Seccion de Salud en coordiancion con actores regionales han propuesto como prioridad la reduccion de la morbi-mortalidad materno, neonatal e infantil con un enfoque de equidad, en paises prioritarios de la region para alcanzar los ODMs con enfasis en las metas 4 y 5 .

Antecedentes.-

La mortalidad materna infantil y los ODM

Durante los años 90, las altas tasas de mortalidad materna y del menor de 5 años promovieron en el mundo y la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) el compromiso de los países miembros y de las Agencias de Cooperación Internacional para implementar estrategias que reviertan esta situación, compromiso reafirmado con la declaración de Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el año 2000.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por los países, las tendencias de reducción actual de la muerte materna y de menores de 5 años, especialmente aquellos en edades tempranas, muestran que las metas 4 y 5 de los ODM, no serían alcanzadas en diferentes regiones del mundo¹.

En LAC las evaluaciones de los ODM demuestran que existe una escasa reduccion en las metas 4 y 5, los que debieran disminuir a una velocidad de 6.3% y 5,5% anual, para ser cumplidos al ano 2015.

Se estima que en LAC alrededor de 1 millón de gestantes no tienen acceso a la atención del parto por personal calificado, y que aproximadamente 744 mil mujeres no tienen ningún control del embarazo. Por esta situación, más de 20,000 madres mueren durante el embarazo y el parto, y mas de 200,000 recién nacidos mueren en los 28 dias seguidos al nacimiento².

Con esta informacion, las evaluaciones de los ODM han dejado de manifiesto que en LAC esta realidad se debe a la presencia de disparidades de diverso tipo, a las que esta expuesta una parte de la poblacion.

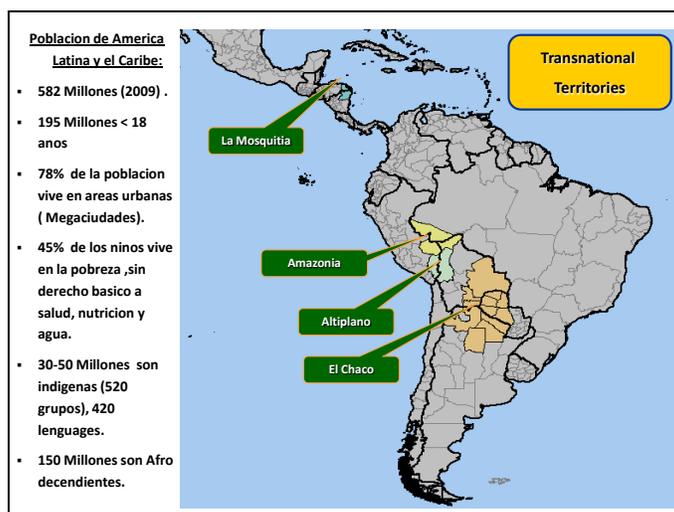
¹ MDG Report Inform 2010, United Nations.

² Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Salud del Recién Nacido en el Contexto del Proceso Continuo de la Atención de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. OPS-UNICEF , 2008.

La situación en Latino América y el Caribe

LAC esta considerada una de las regiones mas dispares del mundo al concentrar 14 de los 20 países reconocidos como los mas inequitativos a nivel mundial, teniendo países con un gran avance en la reducción de la mortalidad materna e infantil, y otros cuyas tasas permanecen altas pese a los esfuerzos realizados. Esto hace que existan grandes diferencias en terminos de indicadores de salud entre los países y enormes inequidades al interior de cada uno de ellos.

Entre las regiones de LAC más afectadas se describen:



- La Mosquitia: en Centro América, ubicada, a lo largo de la costa de mosquitos al noreste de Honduras, su población incluye a grupos indígenas como los Miskitos, Pechel, Rama, Sumo, y Tawakha. El acceso principalmente es por agua y aire.

- La Amazonia: que se extiende entre Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Guayana, Suriname y Guayana Francesa. En ellas habitan diversos grupos indígenas como los Shuar (Jibaros), Cofan, Piaroa, Ash'aninkas, Kayapo, Assurini, Machiguenga, Cimarrones, Wai Wai, Yanomami, entre otros.

- El Altiplano: se encuentra en territorio de Chile, Argentina, Bolivia y Perú. En el habitan poblaciones originarias como los Aymaras y los Quechuas.

- El Chaco: región de tierras bajas que ocupa territorio de Bolivia, Paraguay, Argentina y Brasil.

Los pueblos indígenas que habitan esta región son los wichis, qom, macovies tupi-guaranies, entre otros.

Estas poblaciones presentan un hecho común: habitan regiones distantes de los centros urbanos y con acceso geográfico difícil.

Situación de los grupos vulnerables

Esta realidad está presente predominantemente en grupos vulnerables, entendiendo como tales grupos poblacionales en situación de pobreza, con baja educación, cordones periurbanos de marginalidad, poblaciones originarias, étnicas, y afrodescendientes. Estas poblaciones generalmente cuentan con menos acceso a servicios e intervenciones de salud.

A pesar de la escasa información existente, diversos estudios realizados en la Región, especialmente locales, muestran que los mayores niveles de inequidad en los indicadores relativos a la salud y nutrición se dan entre las madres, niñas, niños y adolescentes indígenas.

La razón de mortalidad materna, la mortalidad infantil y la desnutrición crónica, es entre dos y tres veces mayor en áreas donde viven las poblaciones indígenas, que en las áreas donde residen las poblaciones hispanohablantes. En estos grupos, además de la menor oferta de servicios salud, especialmente aquellos que cuentan con adecuada capacidad resolutoria para atender las complicaciones que son causa directa de la mortalidad materna e infantil, existe menor acceso a ellos, producto de la dispersión geográfica, la escasez de vías de comunicación producto de las brechas culturales entre las creencias y prácticas en el cuidado de la salud, existente entre las comunidades y los establecimientos de salud.

El compromiso de las Naciones Unidas

Para ratificar su compromiso de cooperación a los países en el logro de los Objetivos del Milenio, la Oficina Central de las Naciones Unidas, a través de su director ejecutivo Ban Ki-moon presentaron una Estrategia Mundial de Salud para las Mujeres y los Niños enfocándose en los grupos más afectados:

- Mujeres embarazadas y recién nacidos, especialmente durante las primeras horas y días después del parto.
- Las adolescentes, respecto a las decisiones vitales que toman, incluyendo decisiones sobre su fecundidad.
- Grupos Vulnerables, quienes presentan dificultad de acceso a los servicios por encontrarse en grupos más pobres, ser personas que viven con el VIH/SIDA, ser huérfanos, pertenecer a pueblos indígenas y quienes viven más alejados de los servicios de salud.

En la estrategia mundial se reconoce que inclusive algunos de los países más pobres han reducido considerablemente la mortalidad materna y del recién nacido y han mejorado la salud de mujeres y niños. Sin embargo destaca que se requieren

estrategias innovadoras para eliminar las barreras que impiden el acceso a la salud y se obtienen mejores resultados.

Estas estrategias innovadoras tienen que aplicarse a todas las actividades: liderazgo, financiamiento, instrumentos e intervenciones, prestación de servicios, vigilancia y evaluación.

Las áreas fundamentales en las que se requieren medidas innovadoras urgentes para mejorar el financiamiento, fortalecer las políticas y mejorar la prestación de servicios son:

- Apoyo a los planes de salud dirigidos por los países y apoyados mediante una inversión mayor, predecible y sostenible.
- Integración de la prestación de servicios sanitarios y las intervenciones que salvan vidas para dar acceso a las mujeres y sus hijos a la prevención, el tratamiento y la asistencia cuándo y dónde los necesiten.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud para que cuenten con suficiente personal sanitario bien preparado.
- Introducción de planteamientos innovadores en el financiamiento, el desarrollo de productos y la prestación eficiente de servicios de salud.
- Mejora en el monitoreo y la evaluación para lograr la responsabilidad de todas las partes interesadas en los resultados.

Las Alianzas en Latino América y el Caribe.-

En el propósito de cumplir su compromiso, las agencias de cooperación en (LAC) han promovido la creación de diferentes alianzas estratégicas para la asistencia técnica a los países en pro del cumplimiento de las metas. Entre ellas se destacan la Alianza Neonatal, el Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo de las cuales UNICEF es miembro activo.

El rol de UNICEF.-

Compartiendo la misma visión, UNICEF fortaleció su compromiso institucional de apoyar a los países en la mejora de sus capacidades y sistemas para garantizar el derecho de madres y niños a la supervivencia, crecimiento y desarrollo con el fin de alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Consecuente con este compromiso, UNICEF definió una Estrategia Articulada en Salud y Nutrición (2006-2015)³, y un Lineamiento Estratégico Global sobre el Rol de UNICEF en la Salud Materna y Neonatal⁴, enfocados en las metas 4 y 5. En esta

³ UNICEF joint health and nutrition strategy for 2006-2015

⁴ Strategic Guidance Note on UNICEF's Role in Maternal and Neonatal Health 2010

orientación se remarcan áreas claves en las que UNICEF tiene una misión primaria o presenta ventajas comparativas en su sinergia de acción entre salud y nutrición:

- Gestión del Conocimiento para apoyar en el desarrollo de políticas, planes y estrategias de Salud Materna-Neonatal e Infantil a nivel Nacional, Distrital y Local.
- Abogacía y movilización de recursos basados en evidencia que se genera a través de la gestión del conocimiento.
- Mejora de la calidad de atención y la expansión de intervenciones de alto impacto en la salud materna y neonatal
- Intervenciones basadas en la Comunidad para mejorar las prácticas a nivel de las familias, generar demanda y mejorar el uso de los servicios.
- Intersectorialidad para el abordaje de las determinantes subyacentes de la salud materna neonatal e infantil.

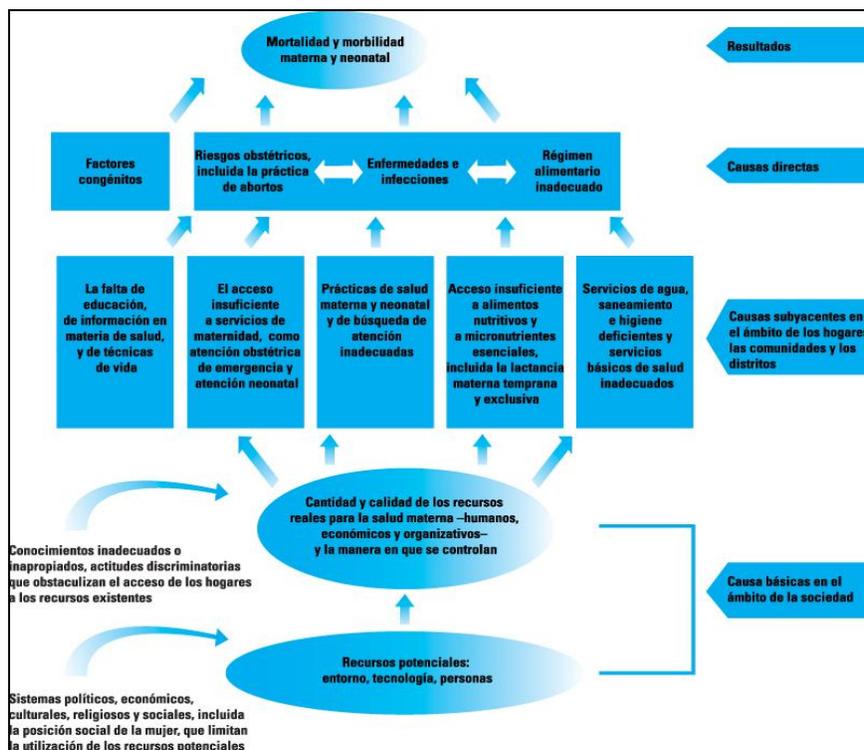
Como parte de su contribución a la salud materna y neonatal, UNICEF desarrolló dos herramientas de mucha utilidad a la hora de valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como en el momento de la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal. Estas herramientas son: el marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal⁵ y el modelo de enfoque centrado en la equidad para la atención en zonas más pobres⁶.

⁵ Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF.

⁶ Reducir las Diferencias para Alcanzar los Objetivos UNICEF, 2010

Marco Conceptual sobre las causas de la Mortalidad Materna y Neonatal

El análisis del marco conceptual pone de manifiesto que los resultados en materia de salud materna y neonatal están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de unos hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que provienen del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes.

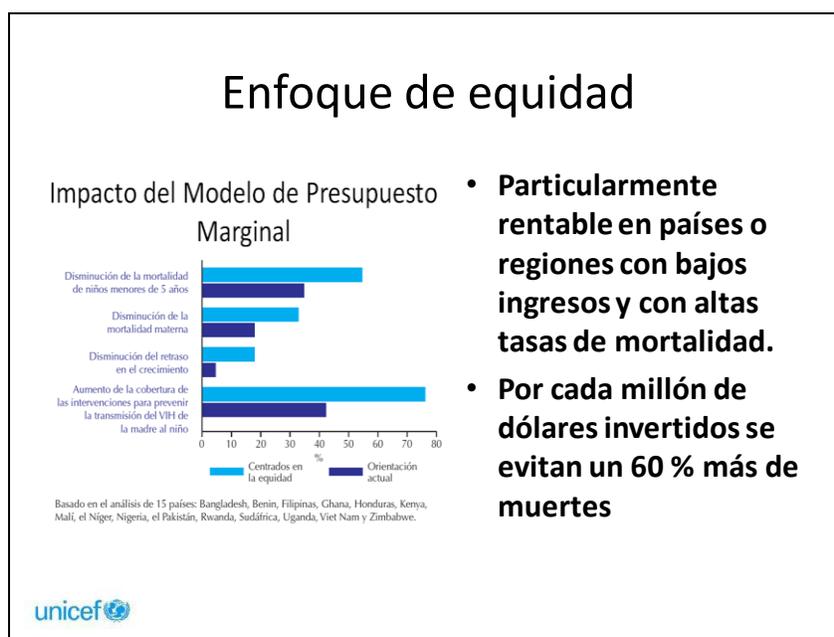


Modelo de Enfoque Centrado en la Equidad

Con este modelo se aspira a acelerar el progreso, reducir las desigualdades y recortar el gasto directo para las zonas pobres por medio de tres medidas esenciales: mejorar las instalaciones de atención a madres y recién nacidos; reducir los obstáculos que impiden a los más pobres utilizar los servicios, incluso cuando están disponibles; y, prestación de servicios fuera de las instalaciones y aumentar la participación de la comunidad en la promoción de prácticas saludables.

La aplicación del modelo de enfoque centrado en la equidad repercute en menos defunciones de niños y madres, en tasas más bajas de retraso en el crecimiento, y en una mayor cobertura de las intervenciones de prevención. Adicionalmente, reduce las diferencias entre las zonas y los grupos más y menos pobres, al tiempo que disminuye los gastos directos para las familias usuarias.

El enfoque centrado en la equidad es particularmente rentable en los países de bajos ingresos y con altas tasas de mortalidad. En estos contextos, por cada millón de dólares adicionales que se invierten, este enfoque evita un 60% más de muertes en comparación al modelo de atención actual.



JUSTIFICACION.-

Las disparidades de salud en LAC.-

Reconociendo que la realidad no es la misma en todo LAC, entre países ni en cada país, las disparidades de cualquier tipo pueden afectar directamente el logro de los ODM. La existencia de inequidades se traduce en que las poblaciones más pobres o vulnerables tengan menos acceso a los sistemas e intervenciones de salud. Esto obliga a evaluar la situación asociando la relación existente entre los indicadores de salud y los resultados de múltiples condiciones de vulnerabilidad como etnicidad, educación, edad, lugar de residencia, distribución del ingreso, riqueza, y otros factores sociales⁷.

⁷ MDG Report Inform 2010, United Nations.

Inequidades en el Acceso a Atención de parto por Personal Calificado:

La atención del parto es un excelente ejemplo de esto, a medida que aumenta la atención de partos por personal capacitado, disminuyen las complicaciones y las muertes. En este punto se han logrado grandes avances, los que se han extendido a toda la población. En LAC la atención del parto por personal capacitado en instituciones de asistencia médica aumento de 72% a 86% entre los años 1990 y 2008⁸.

Al analizar la atención de parto por personal capacitado en cada país, surgen grandes diferencias asociadas a las inequidades en la distribución del ingreso:

Tabla 1: Porcentaje de Partos Atendidos por Personal de Salud Calificado, por Quintiles de ingreso

| País | Año Información | Quintil Inferior | Quintil Superior | Coficiente Superior Inferior |
|--------------------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------------------|
| Bolivia (Estado Plurinacional) | 2008 | 38 | 99 | 2.6 |
| Colombia | 2005 | 72 | 99 | 1.4 |
| Guyana | 2006 | 64 | 93 | 2.5 |
| Haití | 2005-2006 | 6 | 68 | 10.5 |
| Honduras | 2005-2006 | 33 | 99 | 3 |
| Nicaragua | 2001 | 78 | 99 | 1.3 |
| Perú | 2004-2005 | 28 | 100 | 3.5 |
| Trinidad y Tobago | 2006 | 98 | 100 | 1 |

Las mujeres del quintil más rico tienen más acceso a atención de parto por personal de salud calificado que las del quintil más pobre. Estas diferencias son tan marcadas que pueden llegar a ser de 10:1, respectivamente, en Haití a 1:1 en Trinidad y Tobago. Lo deseable es que en todos los países de LAC esta relación sea 1:1⁹.

⁸ MDG Report Inform 2010, United Nations.

⁹ Overview of Health and Nutrition Disparities, UNICEF.

Tabla 2: Porcentaje de Partos Atendidos por Personal de Salud Calificado, Área Urbano-Rural

| País | Año Información | Rural | Urbano | Coficiente Urbano-Rural |
|--------------------------------|--------------------|-------|--------|----------------------------|
| Belice | 2006 | 93 | 99 | 1.1 |
| Bolivia (Estado Plurinacional) | 2008 | 51 | 88 | 1.7 |
| Colombia | 2005 | 77 | 97 | 1.3 |
| Guyana | 2006 | 82 | 89 | 1.1 |
| Haití | 2005-2006 | 15 | 47 | 3 |
| Honduras | 2005-2006 | 50 | 90 | 1.8 |
| Jamaica | 2005 | 94 | 99 | 1 |
| Nicaragua | 2001 | 83 | 97 | 1.2 |
| Perú | 2004-2005 | 43 | 92 | 2.1 |

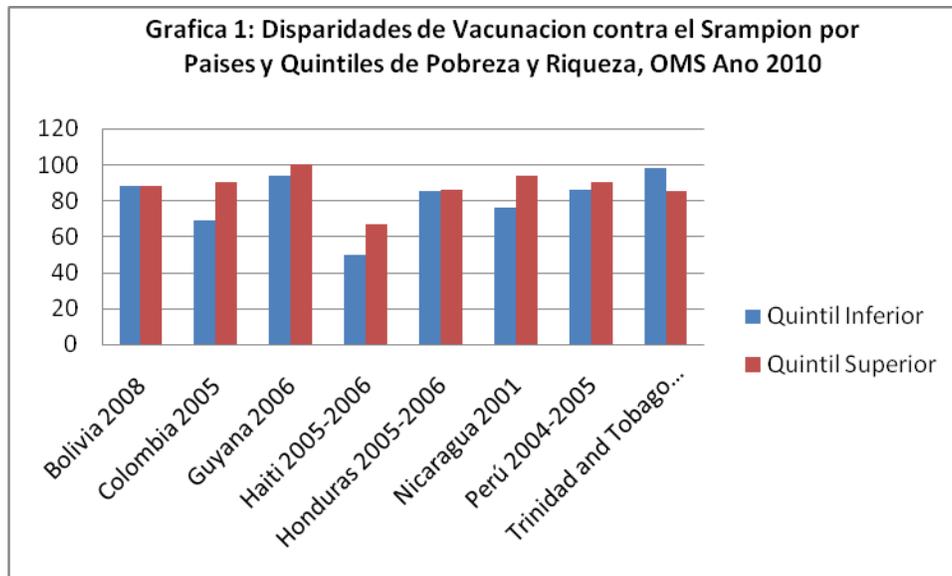
Analizando esta misma situación por área urbano rural, la relación es similar. Si bien en varios países esta relación es casi de 1:1, hay otro grupo en el cual aun existen diferencias en el acceso a atención por personal capacitado llegando a ser, en el área urbana el doble que en el área rural. Lo esperable es que para el año 2015 estas diferencias no existan¹⁰.

Inequidades en el Acceso a Programas de Vacunación:

Los programas de vacunación han tenido un gran impacto en la disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas, se caracterizan por ser de carácter universal e involucrar estrategias que aseguran el acceso y la cobertura de la totalidad de la población.

Las metas existentes para esta actividad preventiva, actualmente se centran en la disminución de la mortalidad infantil por sarampión, y al analizar los datos existentes, LAC ha logrado aumentar la cobertura de esta vacuna de 92% en el año 2000, a 93% en el año 2008.

¹⁰ Overview of Health and Nutrition Disparities, UNICEF.

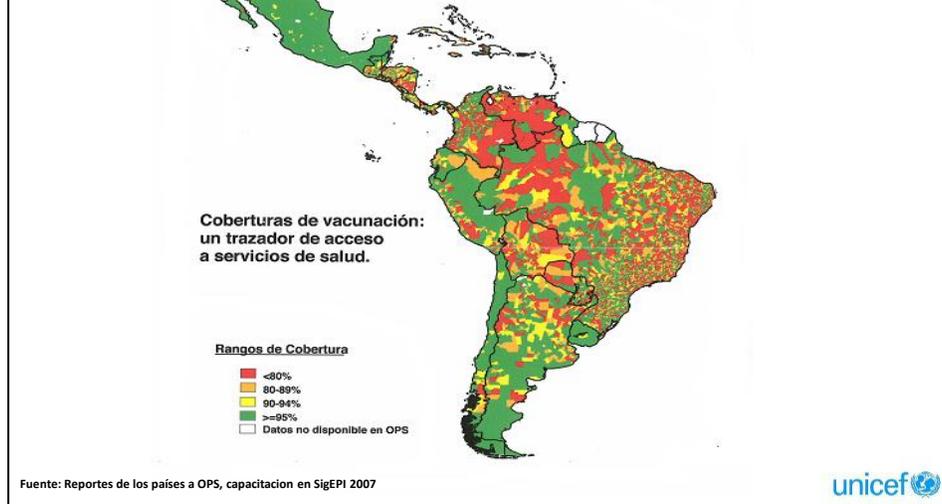


La grafica 1 muestra las coberturas de vacunacion contra el sarampion por quintiles de ingreso¹¹, demostrando inequidades entre el quintil mas pobre y el mas rico, las que pese a no ser intensas, demuestran que existe un grupo poblacional en cada pais que no accede a esta intervencion preventiva que salva vidas.

Sin embargo, al evaluar las coberturas de las vacunas de programas regulares de la infancia, la realidad es diferente a la de la vacuna contra el sarampion. El mapa 1 nos demuestra que la realidad de las coberturas de la 3 dosis vacuna DPT, que se administra a los 6 meses de vida, es diferente entre cada pais y en los municipios de cada pais. Mientras existen paises con coberturas sobre el 95%, coberturas optimas para erradicar enfermedades, hay otros paises y algunas municipalidades en los paises cuyas coberturas estan por debajo del 80%, es decir son completamente insuficientes incluso para controlar la diseminacion de una enfermedad.

¹¹ Overview of Health and Nutrition Disparities, UNICEF.

Mapa 1: Inequidades en el Acceso a Vacunas: DTP3 por Municipalidades, LAC 2006



Inequidades de Mortalidad en Niños Menores de 5 Años, según Quintiles de Ingresos:

Si desgregamos la mortalidad en menores de 5 años por quintiles de ingreso, apreciamos que la mortalidad es mayor en la población más pobre de cada país (Tabla 3), la que duplica o triplica la mortalidad del sector con mayores ingresos.

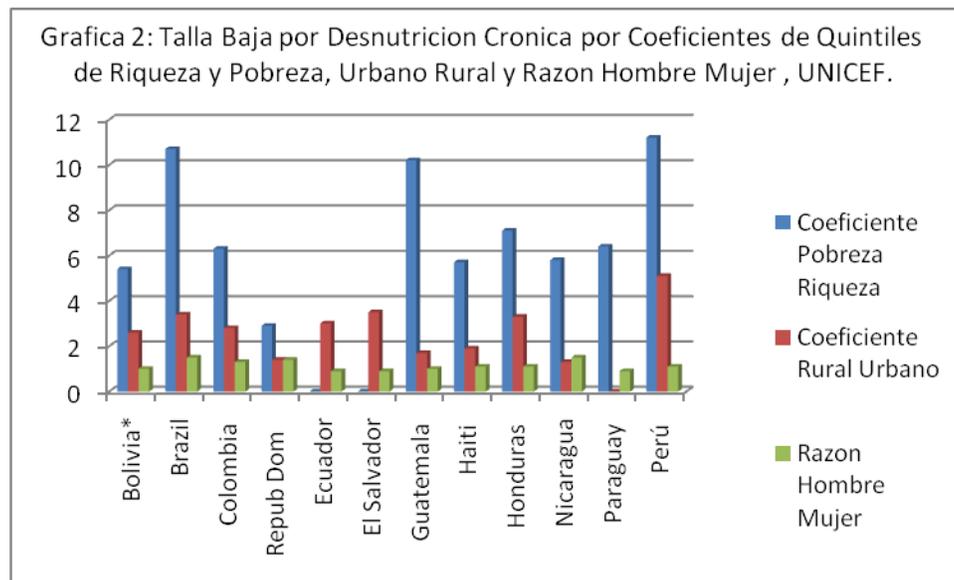
Tabla 3: Mortalidad en Niños Menores de 5 años por Quintil de Ingreso, OMS 2010.

| Nombre del Area | Periodo de Tiempo | Quintil Inferior | Quintil Superior | Coficiente Inferior-Superior |
|-----------------|-------------------|------------------|------------------|------------------------------|
| Bolivia | 2008 | 116 | 31 | 3.7 |
| Colombia | 2005 | 39 | 16 | 2.4 |
| Haiti | 2005-2006 | 125 | 55 | 2.3 |
| Honduras | 2005-2006 | 50 | 20 | 2.5 |
| Nicaragua | 2001 | 64 | 19 | 3.3 |
| Peru | 2004-2005 | 63 | 11 | 5.7 |

Inequidades del Estado Nutricional Infantil por Quintiles de Ingreso:

Las disparidades pueden afectar el estado de salud de la población. Claro ejemplo de esto es la asociación existente entre talla baja por desnutrición crónica y algunos factores sociales.

Al relacionar la talla baja con los quintiles de ingreso, podemos apreciar que en Guatemala por cada 10 niños del quintil más pobre que presentan desnutrición por talla baja, solamente 1 la presenta en el quintil más rico. Esta realidad se observa en todos los países de LAC, con diferentes brechas de equidad y también se observa a nivel Urbano Rural (Gráfico 2) ¹².

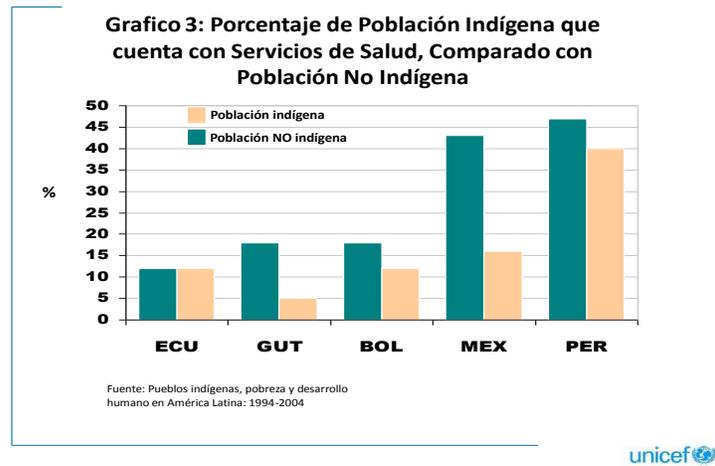


Inequidades Etnicas:

En LAC existe una gran cantidad de pueblos originarios o indígenas, llegando a ser un total de 520 grupos con 480 lenguajes diferentes.

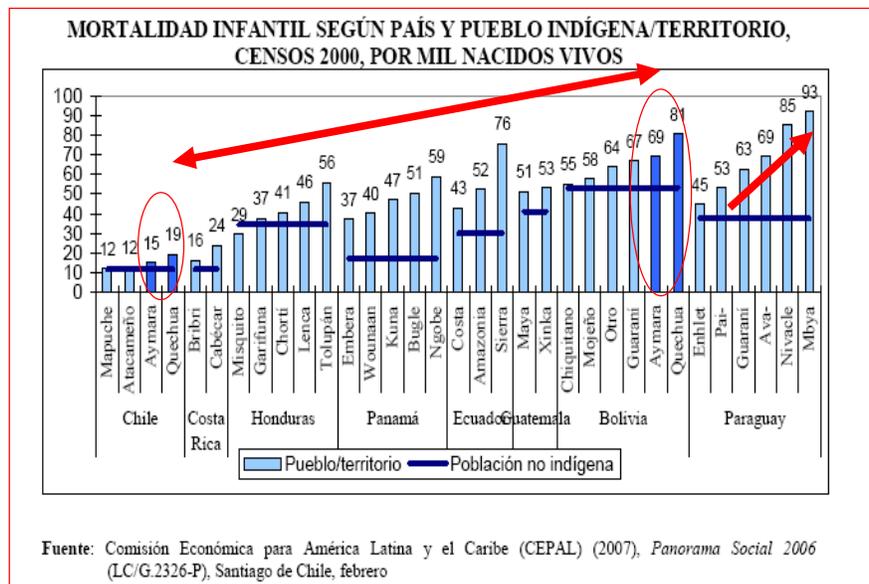
Como muestra la grafica 3 el acceso a servicios de salud de estos grupos en relación con la población no indígena, no es homogénea. Si bien en Ecuador este acceso es equitativo, la realidad de Guatemala y México nos demuestran que en algunos países estos grupos aun persisten en la vulnerabilidad por no contar con servicios de salud accesibles.

¹² Overview of Health and Nutrition Disparities, UNICEF.



Existiendo una gran diversidad de grupos originarios en LAC, la realidad entre las mismas poblaciones que habitan diferentes países limítrofes tampoco es la misma. La Gráfica 4 deja en evidencia que en casi todos los países la tasa de mortalidad infantil de los grupos étnicos es mayor que la de la población no indígena. Sin embargo, tanto en Chile como en Bolivia existen grupos de Aymaras y Quechuas, siendo diferente la tasa de mortalidad infantil en ambos grupos originarios.

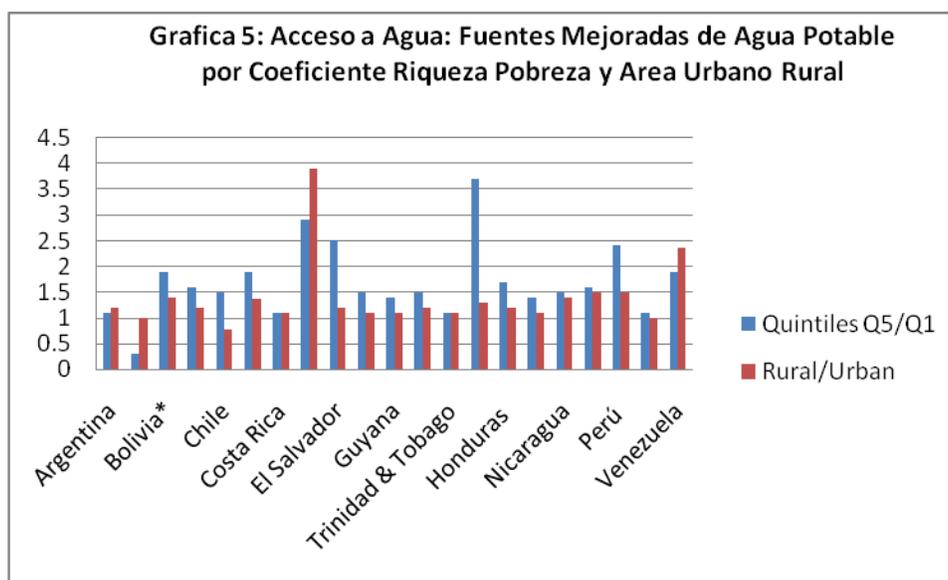
Gráfica 4: Mortalidad Infantil según País y Pueblo Indígena.



Inequidades en el Acceso a Agua:

Existen muchas enfermedades asociadas a la falta de agua potable y saneamiento. Por ese motivo es pertinente integrarla en salud, como una estrategia transversal que beneficia la salud¹³.

A este respecto aun existen inequidades en LAC, tanto a nivel de quintiles de ingreso como de lugar de residencia urbano-rural. Las personas de los quintiles mas pobres tienen menos acceso a agua potable, lo mismo sucede con las personas de las areas rurales.



Todos los datos que hemos analizado hasta el momento, nos demuestran que en las poblaciones excluidas un mayor porcentaje de niños y mujeres pierden la vida por problemas de salud prevenibles o tratables, tienen menor acceso a sistemas de salud de calidad o intervenciones oportunas efectivas. Por lo mismo intervenir en estas poblaciones, puede acelerar los avances al cumplimiento de las metas 4 y 5 de los ODM¹⁴.

El valor agregado de UNICEF: Enfoque de atención centrado en la equidad y derechos del niño¹⁵

Así como en otras regiones del mundo, en LAC UNICEF desarrolla un trabajo combinado de promoción de políticas de alto nivel con iniciativas específicas para alcanzar mejoras concretas en la vida de los niños, adolescentes y mujeres expresados a nivel nacionales y subnacional.

¹³ Overview of Health and Nutrition Disparities, UNICEF.

¹⁴ Reducir las Diferencias para Alcanzar los Objetivos UNICEF, 2010.

¹⁵ Reducir las Diferencias para Alcanzar los Objetivos UNICEF, 2010.

Siguiendo este mandato con la premisa de mejorar el abordaje a grupos vulnerables para alcanzar a los niños y mujeres con mayor desventaja, UNICEF destaca que la formulación de los planes y programas de los países reorienten su priorización a la atención de grupos vulnerables, con un enfoque centrado en la equidad, como la manera más práctica y rentable para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud infantil y materna.

El enfoque de atención centrado en la equidad, prioriza la atención de salud en grupos vulnerables, con un fundamento primordial: utilizar inversiones adicionales para reforzar la capacitación y el despliegue de los profesionales de la salud a la comunidad, ampliar o modernizar la infraestructura existente y aprovechar los medios de comunicación social en la promoción de prácticas saludables para motivar a los grupos vulnerables a buscar atención sanitaria.

Siguiendo las recomendaciones del modelo de enfoque centrado en la equidad, los países de la región de LAC deben incorporar en sus políticas y planes:

- **Detectar a las comunidades, grupos poblacionales, niños y mujeres más desfavorecidos**, mediante la desagregación de los datos nacionales para identificar a estos grupos y evaluar los factores de los cuales depende su exclusión.
- **Recursos para intervenciones rentables y de eficacia comprobada**, en el marco de la intersectorialidad
- **Superar los cuellos de botella y barreras**, para la prestación de los servicios a los pobres y marginados, entre otros, así como para promover y facilitar el uso de estos servicios,
- **Crear alianzas con las comunidades**, dado que la participación de la comunidad es vital para la prestación y la utilización de los servicios, y para la promoción de prácticas y comportamientos que resulten en una mejor salud.

Con este fundamento, la necesidad de estrategias de reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil, en el marco del continuo de atención¹⁶ con intervenciones y prácticas basadas en evidencia, promoviendo la movilización comunitaria^{17,18} con una visión de priorización del enfoque centrado en la equidad, es imprescindible para brindar asistencia técnica a los países más afectados de la Región.⁵

La aplicación del enfoque centrado en la equidad es particularmente rentable en los países de bajos ingresos y con altas tasas de mortalidad. En estos contextos, por cada millón de dólares adicionales que se invierten, siguiendo este enfoque se evita un 60% más de muertes en comparación al modelo de atención actual.

¹⁶ Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. 48° Consejo Directivo OPS, 2008.

¹⁷ El Estado Mundial de la Infancia 2009.

¹⁸ Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, 2008.

Con base a su experiencia institucional en programas de salud, UNICEF tiene una ventaja comparativa de contribución a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil en la región mediante:

- a) la promoción de una orientación explícita enfocada en equidad de las políticas y planes de salud de la región
- b) el apoyo para la distribución del sistema de salud para expandirse a grupos vulnerables,
- c) reforzamiento de los procesos participativos y movilización social,
- d) enfoque en resultados específicos de salud orientados a las metas 4 y 5 de los ODM,
- e) asegurando el liderazgo nacional en el proceso de formulación e implementación de políticas centradas en la equidad.

Propósito del documento.-

Este documento tiene por objeto proporcionar una orientación estratégica a las oficinas de país de UNICEF en Latino América y el Caribe, sobre el abordaje de enfoque centrado en la equidad para contribuir al logro de las metas 4 y 5 de los Objetivos del Milenio.

Objetivo Orientador .-

Contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil en los países de LAC, orientadas al cumplimiento de las Metas 4 y 5 de los ODM, catalizando políticas, planes, programas y estrategias integrales centradas en la equidad, con énfasis en aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad, durante el periodo 2011 a 2015.

Objetivos Estratégicos.-

1. Contribuir a los países de LAC, en el desarrollo de **metodologías de diagnóstico y análisis situacional** de su población nacional y subnacional, enfocado en equidad y grupos vulnerables.
2. Colaborar con la **construcción de capacidades locales y procesos de gestión local** a nivel nacional y subnacional, en el marco del continuo de atención.
3. Promover la **movilización social y comunitaria** en la implementación de intervenciones enfocadas en la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil.
4. Contribuir con el liderazgo de **alianzas estratégicas** comprometidas con la salud de la madre y los niños, para hacer frente a las desigualdades e inequidades.

| Objetivos Estratégico | Área estratégica de UNICEF FA1 | Ámbito Geográfico | Relevancia a ODM's |
|---|--|--------------------------|---|
| 1. Contribuir a los países de LAC, en el desarrollo de metodologías de diagnóstico y análisis situacional de su población nacional y subnacional, enfocado en equidad y grupos vulnerables. | - Gestión del Conocimiento | Todos los Países | 1,4, 5, y 6 |
| 2. Colaborar con la construcción de capacidades locales y procesos de gestión local a nivel nacional y subnacional, en el marco del continuo de atención. | - Abogacía y Movilización de Recursos - Mejora de la calidad de atención y la expansión de intervenciones | Países Priorizados | 1,4, 5, y 6 Especial énfasis a ODM 4 y 5 |
| 3. Promover la movilización social y comunitaria en la implementación de intervenciones enfocadas en la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil. | - Intersectorialidad para el abordaje de las determinantes - Intervenciones basadas en la Comunidad | Países Priorizados | 1,4, 5, y 6 Especial énfasis a ODM 4 y 5 |
| 4. Contribuir con el liderazgo de alianzas estratégicas comprometidas con la salud de la madre y los niños, para hacer frente a las desigualdades e inequidades. | - Intersectorialidad para el abordaje de las determinantes | Todos los Países | 1,4, 5, y 6 Especial énfasis a ODM 4 y 5 |

Principios.-

Los principios rectores de la orientación estratégica son: de la estrategia son:

- i. Derechos humanos con prioridad en niños y mujeres
- ii. Equidad
- iii. Continuo de atención y ciclos de vida.
- iv. Participación comunitaria
- v. Interculturalidad
- vi. Enfoque de Calidad y Seguridad
- vii. Enfoque de Género
- viii. Abordaje multisectorial y con base a determinantes
- ix. Catalización de Alianzas
- x. Alineamiento y coordinación
- xi. Seguimiento por resultados
- xii. Scalling up-llevar a escala
- xiii. Universalidad
- xiv. Sostenibilidad

Transversalidad.-

Los factores causantes de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal están interrelacionados. El análisis de causas siguiendo el marco conceptual de mortalidad materna y neonatal, pone de manifiesto que la problemática tiene un origen multifactorial y está relacionado a déficits de nutrición, agua, saneamiento e higiene,

servicios de atención sanitaria, incorporación de prácticas saludables, y pobre el control de enfermedades.

La identificación de las causas y subyacentes (que provienen de los hogares. las comunidades y los distritos) y básicas (que provienen de la sociedad), muestra la necesidad de ejes transversales y acciones intersectoriales para la reducción de la muerte materna, neonatal e infantil, con una visión de sostenibilidad.

En este sentido los ejes transversales de esta Orientación Estratégica son: Inmunizaciones, Nutrición, Agua-Saneamiento-Higiene, Atención a Enfermedades en la Infancia (Diarrea, Neumonía), HIV, Malaria, TB, Enfermedades Tropicales, entre los principales.

Sostenibilidad.-

Durante los últimos 10 años, los países de la región han presentado incremento sostenido en el Índice de Desarrollo Humano, que mide tres dimensiones: salud, educación y estandar de vida (Anexo)¹⁹.

Entre los indicadores utilizados para su medicion, se cuenta el PIB en la dimension de estandar de vida. Al analizar individualmente este indicador tambien se observa mejoras en los paises de la region.

Este panorama regional economico favorable, permitiría incrementar la inversion pública a favor de acciones sostenibles de la salud materna neonatal e infantil, con énfasis en grupos vulnerables (Anexo).

| Desarrollo humano muy alto | Desarrollo humano alto | Desarrollo humano medio | Desarrollo humano bajo |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| 4. USA | 45. Chile | 96. Paraguay | |
| 8. Canadá | 46. Argentina | 95. Bolivia | |
| | 52. Uruguay | 90. El Salvador | |
| | 54. Panamá | 88. Rep. Dominicana | |
| | 56. México | 116. Guatemala | |
| | 62. Costa Rica | 115. Nicaragua | |
| | 63. Perú | 106. Honduras | |
| | 73. Brasil | | |
| | 75. Venezuela | | |
| | 77. Ecuador | | |
| | 78. Belice | | |
| | 79. Colombia | | |
| | 80. Jamaica | | |

¹⁹ Accedido en: <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/> en 15 de noviembre 2010

Población Beneficiaria.-

La orientación estratégica de UNICEF apunta a lograr que las mujeres embarazadas, recién nacidos, y niños mejoren su supervivencia y alcancen su potencialidad de desarrollo para tener una vida saludable.

- ♦ Beneficiarios Directos: Mujeres embarazadas y recién nacidos, con énfasis en grupos vulnerables
- ♦ Beneficiarios Indirectos: Mujeres en edad fértil y Niños y niñas hasta 2 años de edad en grupos vulnerables

Áreas y Actividades Estratégicas.-

Siguiendo el enfoque de equidad propuesto por UNICEF y trabajando con base a los acuerdos y alianzas logradas en la región, desde la oficina regional se promoverán actividades prioritarias centradas en la equidad para la reducción de mortalidad materna, neonatal e infantil de Latino América y el Caribe, siguiendo las áreas estratégicas institucionales:

| Objetivo estratégico 1.- Contribuir a los países de LAC, en el desarrollo de metodologías de diagnóstico y análisis situacional de su población nacional y subnacional, enfocado en equidad y grupos vulnerables. | | | |
|--|---|---|--|
| Área estratégica | Actividad | Indicador base % de Países con | Fuentes de verificación |
| Gestión del Conocimiento | <p>Promover el análisis de situación en salud materna neonatal e infantil enfocado a inequidades y grupos vulnerables.</p> <p>Promover la adaptación de los Sistemas de información de salud materna neonatal e infantil, en poblaciones vulnerables.</p> <p>Promover la difusión de información nacional y subnacional, para la toma de decisiones centradas en equidad.</p> | <p>Análisis de situación con enfoque de equidad.</p> <p>Con sistema de información adaptado</p> <p>Con informes de planes y programas centrados en equidad ejecutados</p> | <p>Documento de Informe Estadístico Nacional sobre Salud y Nutrición Equity Traquer</p> <p>Informes de Oficinas de País - UNICEF</p> <p>Plan Nacional de Salud y Nutrición</p> |

| Objetivo Estratégico 2.- Colaborar con la construcción de capacidades locales y procesos de gestión local con enfoque de equidad | | | |
|---|---|---|---|
| Área estratégica | Actividad | Indicador base % de Países con | Fuentes de verificación |
| Abogacía y Movilización de Recursos | <p>Abogar por la inclusión de equidad en planes, programas y políticas públicas de salud</p> <p>Promover la Movilización de recursos para apoyar intervenciones efectivas de salud para poblaciones vulnerables</p> | <p>Con políticas y planes nacionales con enfoque de equidad a grupos vulnerables.</p> <p>Con financiamiento público aplicado en grupos vulnerables.</p> | <p>Documento de Plan Nacional de Salud y Nutrición</p> <p>Informes de Oficinas de País - UNICEF</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Mejora de la calidad de atención y la expansión de intervenciones | <p>Desarrollar una estrategia para la identificación, difusión e incorporación en planes nacionales, de intervenciones y prácticas en salud.</p> <p>Promover el mejoramiento de la calidad y la seguridad de la atención materno neonatal e infantil en el marco del continuo de atención de acuerdo a las normas nacionales</p> | Que incorporan intervenciones y prácticas basadas en evidencia en normas de salud materna, neonatal e infantil | |
|---|--|--|--|

Objetivo Estratégico 3.- Promover la movilización social y comunitaria en la implementación de intervenciones enfocadas en la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil, en el marco del continuo de atención.

| Área estratégica | Actividad | Indicador base % de Países con | Fuentes de verificación |
|--|--|---|---|
| Intersectorialidad para el abordaje de las determinantes | <p>Promover la movilización social y comunitaria en el marco de la intersectorialidad para el cuidado materno neonatal e infantil</p> <p>Desarrollar Estrategias de Comunicación para el Desarrollo culturalmente adecuadas.</p> | <p>Que desarrollan planes de movilización social en el marco de la intersectorialidad</p> <p>Que implementan estrategias de comunicación para el desarrollo en salud materno, neonatal e infantil</p> | <p>MICS, DHS, otras encuestas de salud /nutrición,</p> <p>Informes de Oficinas de País - UNICEF</p> |
| Intervenciones basadas en la Comunidad | Desarrollar estrategias de intervenciones comunitarias para la atención de salud materna neonatal e infantil. | Que implementan intervenciones comunitarias para el cuidado materno, neonatal e infantil | <p>Plan Nacional de Salud y Nutrición</p> <p>Informes de Oficinas de País - UNICEF</p> |

Objetivo 4.- Contribuir con el liderazgo de alianzas estratégicas comprometidas con la salud de la madre y los niños, para hacer frente a las desigualdades e inequidades.

| Área estratégica | Actividad | Indicador base % de Países con | Fuentes de verificación |
|--|--|---|--|
| Intersectorialidad para el abordaje de las determinantes | Fortalecer las Alianzas Intersectoriales Nacionales, de reducción de la mortalidad materna neonatal e infantil, con énfasis en grupos vulnerables. | Con Alianzas establecidas en la reducción de la mortalidad Materna Neonatal e Infantil. | <p>Documentos de Declaraciones Conjuntas, Publicaciones Conjuntas</p> <p>Informes de Oficinas de País - UNICEF</p> |

Priorización de países.-

Para elegir los países priorizados que se trabajaran en proyecto independiente, utilizando el enfoque de equidad y focalización de grupos vulnerable se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Tasa de Mortalidad Materna sobre 100 por 100.000 Nacidos Vivos.
2. Tasa de Mortalidad Neonatal sobre 15 por 1.000 Nacidos Vivos.
3. Tasa de Mortalidad en niños Menores de 5 años sobre 30 por 1.000 Nacidos Vivos.
4. Datos de Inequidades en la distribución del ingreso y tasas de mortalidad y acceso a servicios de salud, existentes en bases internacionales.
5. Existencia de población vulnerable.

En base a estos criterios, los países priorizados son:

- Haiti
- Guyana
- Bolivia
- Guatemala
- El Salvador
- Honduras
- Nicaragua
- Ecuador

Seguimiento a la implementación en programas de países.-

En base a actividades estratégicas que UNICEF apoyará en los países priorizados de la región, por cada área identificada, se realizará seguimiento a indicadores estratégicos que demuestren el compromiso político y la voluntad de acción dirigida a disminuir la mortalidad materna y neonatal en grupos vulnerables.

| Objetivo estratégico 1.- Contribuir a los países de LAC, en el desarrollo de metodologías de diagnóstico y análisis situacional de su población nacional y subnacional, enfocado en equidad y grupos vulnerables. | | |
|--|--|---|
| Actividad | Indicador Base de País Priorizado | Fuentes de verificación |
| Incorporar al Sistema de Información en Salud Indicadores materno neonatales adaptados a grupos vulnerables | Porcentaje de indicadores materno neonatales e infantiles en sistema de información por grupos vulnerables | Documento de Informe Estadístico Nacional sobre Salud y Nutrición |
| Sistematizar información nacional y subnacional, con visibilidad de grupos vulnerables | Porcentaje de Programas de presentación/difusión de información materno neonatal sobre grupos vulnerables | Plan Nacional de Salud y Nutrición |
| Sistematizar documentos normativos con toma de decisiones centradas en equidad. | Porcentaje de Documentos normativos con toma de decisiones centradas en equidad. | Documentos Normativos de Salud y Nutrición |

| Objetivo Estratégico 2.- Colaborar con la construcción de capacidades locales y procesos de gestión local a nivel nacional y subnacional, con enfoque de equidad | | |
|---|---|---|
| Actividad | Indicador Base de País Priorizado | Fuentes de verificación |
| Sensibilizar a Autoridades Nacionales, Subnacionales y Locales para formulación de planes centrados en la equidad | Porcentaje de Planes y Programas de salud que incluyen enfoque de equidad | Documento de Plan Nacional de Salud y Nutrición |
| Sensibilizar a Autoridades Nacionales, Subnacionales y Locales para incrementar la inversión pública con enfoque de equidad en salud | Porcentaje de Planes y Programas de salud con financiamiento público centrado en equidad | Documento de Informe de Financiamiento publico |
| Promover la incorporación a las normas nacionales prácticas de atención de calidad y seguridad basadas en evidencia en el marco del continuo de atención | Porcentaje de normas materno neonatales con prácticas basadas en evidencia | Documentos Normativos de Atencion |
| Fortalecer el funcionamiento de los Comités Nacionales de Análisis de la Muerte Materna con enfoque de equidad | Numero de informes reuniones del comité de análisis de muerte materna con enfoque de equidad | Informes del Comité Naiconal de Analisis de Muerte Materna |
| Implementar protocolos de investigación para generar intervenciones basadas en evidencia | Numero de Programas de presentación/difusión de resultados de investigación de prácticas basadas en evidencia | Protocolos de Investigacion sobre practicas basada en evidencia |

| Objetivo Estratégico 3.- Promover la movilización social y comunitaria en la implementación de intervenciones enfocadas en la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil, en el marco del continuo de atención. | | |
|---|--|--|
| Actividad | Indicador Base de País Priorizado | Fuentes de verificación |
| Implementar programa de vigilancia comunitaria de la salud materna y neonatal articulados con la movilización social | Cobertura de aplicación de vigilancia comunitaria en salud materno neonatal e infantil | Planes Nacionales de Salud |
| Implementar Estrategias de Comunicación con mensajes claves de cuidado materno neonatal e infantil culturalmente adecuados | Porcentaje de madres que reconocen signos de peligro (Materno-neonatal-infantil) | MICS, DHS, otras encuestas de salud/ nutrición, |
| Desarrollar planes comunitarios de Visita domiciliaria prenatal para el cuidado materno e infantil. | Cobertura de visita domiciliaria prenatal | Documentos de Programas de Movilización Social y Comunitaria |
| Desarrollar planes comunitarios de Visita domiciliaria postnatal para el cuidado materno neonatal e infantil | Cobertura de visita domiciliaria postnatal hasta el 3er día | |

| Objetivo Estratégico 4.- Contribuir con el liderazgo de alianzas estratégicas comprometidas con la salud de la madre y los niños, para hacer frente a las desigualdades e inequidades. | | |
|---|--|--|
| Actividad | Indicador Base de País Priorizado | Fuentes de verificación |
| Fortalecer las Alianzas Nacionales, de reducción de la mortalidad materna neonatal e infantil, con énfasis en grupos vulnerables. | Número de documentos de las alianzas intersectoriales que incluyen equidad en sus análisis. | Documentos de Declaraciones Conjuntas, Publicaciones Conjuntas |
| Promover la difusión del marco legal para la protección y derechos de las mujeres y los niños, con énfasis en grupos vulnerables | Número de Documentos de Alianzas con actores de la sociedad civil para el cuidado materno neonatal | Documento de Informe del Sistema de Registro de Nacimientos |
| Establecer estrategias para la inscripción/registro temprano de nacimientos en poblaciones vulnerables | Cobertura de nacimientos inscritos/registrados durante la primera semana post nacimiento | |

Coordinación estratégica de las Funciones y Responsabilidades de los organismos en el proceso de atención continuo de la salud materna y neonatal.-

Las agencias de las Naciones Unidas y el Banco Mundial han brindado colaboración a nivel global, regional como también a nivel de país para contribuir a la reducción de la muerte materna y del menor de 5 años. Esta armonización y sinergia de actividades programáticas se ve consolidada para la región de Latino América y el Caribe, con la organización de grupos de trabajo técnico y asistencia técnica en torno a la problemática de mortalidad materna neonatal e infantil.

Estos grupos están liderados por el trabajo de las agencias de la región y los países demandan una implementación de actividades coordinada, y armonizada con los planes nacionales.

Actividades generales de las agencias en el Fortalecimiento de la capacidad nacional.-

Los organismos de cooperación trabajarán con los gobiernos y la sociedad civil para mejorar la capacidad nacional mediante:

- Asistencia Técnica en planes de salud orientados a las Metas 4 y 5 de los ODM, con un enfoque de derechos, equidad e interculturalidad, y basados en evidencia.
- Asistencia técnica en estrategias de Comunicación con incorporación de prácticas de salud clave para la madre, el recién nacido y niños menores de 5 años.
- Estrategias de movilización de fondos de origen público y de cooperación, para la salud materna neonatal e infantil, con enfoque de equidad.
- Estrategias de extensión de cobertura de la atención en salud reproductiva, materna neonatal e infantil, con servicios de planificación familiar, asistencia calificada durante el parto, atención obstétrica neonatal y pediátrica de emergencia, articulados a ejes transversales como Adolescencia, VIH e ITS.

- Fortalecimiento de los sistemas de seguimiento y evaluación.
- Difusión de experiencias programáticas exitosas y lecciones aprendidas en la región.
- Intercambio técnico entre los países de la región.

Siguiendo el compromiso asumido por las Agencias de Cooperación para la región, se propone acciones en coordinación estratégica sobre la base de sus ventajas y conocimientos institucionales:

- OPS-OMS: apoyo a la planificación estratégica (incluyendo mapa de directrices/ruta crítica para reducción de mortalidad materna, normas clínicas, estándares y lineamientos, construcción de capacidades, auditorías maternas y neonatales, monitoreo de frameworks).
- UNFPA: provisión de insumos, equipamiento, (especialmente para planificación familiar y CONE) apoyo a la construcción de capacidades, apoyo a encuestas y censos y modelos de monitoreo en temas de adolescente, salud reproductiva, determinantes sociales, y temas de género
- UNICEF: apoyo a iniciativas e intervenciones basadas en comunidad, monitoreo, y evaluación basadas en comunidad (especialmente MICS, y relacionadas a construcción de capacidades) provisión de equipamiento en especial para Salud Materna y Neonatal, planificación en la implementación nacional educación de niñas y niños
- Banco Mundial: apoyo al financiamiento, alivio de la pobreza, enfoque de determinantes sociales.

Aproximación de roles y funciones.-

| Áreas de acción | Estrategias a Aplicar | Organismos Líderes |
|---|---|---|
| Salud Sexual y Reproductiva con transversalidad de Género | Desarrollo de Planes Estratégicos Capacitación Abogacía Estrategia de comunicación Estrategia de Involucramiento del varón | UNFPA/OMS UNFPA/UNICEF/OPS UNFPA UNFPA/UNICEF UNFPA |
| Intervenciones basadas en Comunidad | Educación en Anticoncepción Equipo para atención comunitaria Visita Domiciliaria Vigilancia comunitaria Estrategia de educación basada en comunidad (Individual, Grupal, Comunitaria) Movilización comunitaria Desarrollo e implementación de componente comunitario neonatal y materno de AIEPI. Implementación de AIEPI Desarrollo de Grupos Comunitarios de apoyo Estrategia de Lactancia Materna y Nutrición | UNFPA/UNICEF/OPS UNICEF UNICEF/OPS UNICEF UNICEF UNICEF/OPS OPS/UNICEF OPS/UNICEF OPS/UNICEF |
| Intervenciones basadas en establecimientos de salud | Anticoncepción y Planificación Familiar Manejo Postaborto CONE Incorporación de componente Neonatal y Materno en AIEPI en el marco de la Atención Continua. Implementación de AIEPI Comunitario. Visita Domiciliaria Capacitación de Personal Equipamiento para cuidado obstétrico neonatal y pediátrico Introducción de prácticas basadas en evidencia Casas maternas Estrategia de Lactancia Materna y Nutrición Extensión de cobertura de atención Sistema de Referencia y contrareferencia | UNFPA OMS/OPS OPS/UNFPA OPS/UNICEF OPS/UNICEF UNICEF/OPS OPS/UNICEF UNICEF/UNFPA OPS/UNICEF/UNFPA UNICEF OPS/UNICEF OPS/UNICEF/UNFPA OPS/UNICEF/UNFPA |
| Adolescentes | Políticas de salud del adolescente Inmunizaciones Iniciativa de salud escolar Estrategia de Educación (incluye HIV, anticoncepción, nutrición) | OPS/UNICEF/UNFPA OPS/UNICEF OPS/UNICEF UNICEF /OPS/UNFPA |
| Enfoque a determinantes sociales | Estrategia de Abogacía para la Atención a Necesidades Básicas Estrategia de Comunicación para el Desarrollo Reposicionamiento del Enfoque Centrado en Equidad, Derechos, Género, Violencia | OPS/UNICEF/UNFPA OPS/UNICEF/UNFPA UNICEF/UNFPA |
| Monitoreo y evaluación | Implementación de Comités de Análisis de Mortalidad Base de Datos a Nivel Nacional y Subnacional Encuestas poblacionales Sistema de Información Nacional Establecimiento de Vigilancia Comunitaria | OPS/UNICEF/UNFPA |
| Abogacía y Movilización de recursos | Estrategia de Comunicación de Salud Materna y Neonatal Estrategia de Abogacía de Salud Materna y Neonatal Campaña por una maternidad segura Semana internacional de la mujer Semana de la Lactancia Materna | UNICEF/UNFPA OPS/UNICEF/UNFPA UNICEF/UNFPA UNFPA OPS/UNICEF/UNFPA |

Prácticas Basadas en Evidencia.-

Las Prácticas Basadas en Evidencia para la atención materna e infantil, son intervenciones de aplicación centrada en el usuario no solo en la enfermedad o proceso, de acuerdo a la mayor validez científica disponible.

La implementación de estas prácticas conlleva un criterio de calidad y seguridad en el cuidado materno y neonatal.

Las intervenciones presentadas, se seleccionaron en base al conocimiento actual de su evidencia científica, para ser incorporadas en los planes de atención nacional de acuerdo a su factibilidad actual. Estas prácticas están analizadas en el contexto del continuo de atención por ciclos de vida, por tipo de intervención y lugar de atención.

Entre las intervenciones mencionadas, también se destacan aquellas que tienen potencialidad para reducir las demoras en recibir cuidados efectivos en el postparto inmediato, periodo crítico de muerte materna y neonatal ²⁰

- Demora 1: Reconocimiento y búsqueda de ayuda oportuna
 - Movilización comunitaria
 - Plan de preparación para el parto
- Demora 2: Transporte al primer nivel de atención
 - Esquemas de incentivos financieros
 - Tecnologías de comunicación
 - Estrategias de transporte/referencia
- Demora 3: Recibiendo cuidados de calidad en el primer nivel de atención
 - Casas maternas ligadas a Cuidados Obstétricos Básicos (CONE), identificación de señales de peligro
 - Personal calificado para atender CONE y reanimación neonatal
 - Auditorías perinatales
- Demora 4: Transporte a nivel de referencia
 - Incentivos financieros
 - Sistemas de transporte de emergencia
- Demora 5: Recibiendo cuidados de calidad en los niveles de referencia
 - Atención con personal calificado en CONE completos
 - Manejo post-reanimación
 - Auditorías perinatales

20 Source: Lawn et al. Int J Gyn Obstetr suppl (in press), 2009

| | | Continuo de Atención por Ciclos de Vida | | | | |
|---|-------------|---|--|---|---|---|
| | | Cuidados Pre-concepcional | Prenatal y Durante el parto | Cuidados neonatales | Cuidados Postparto y postneonatales e infantil | |
| Continuo de Atención por Tipo de Intervención | Promocional | Prevenición de embarazo precoz CpD | Plan de parto Lactancia materna Practicas saludables en el hogar Visita Domiciliaria por Personal Comunitario Atención Diferenciada a la adolescente embarazada Parto Limpio CpD | CERN Lactancia inmediata Cuidado de temperatura Cuidados del RN con bajo peso al nacer CpD | Visita domiciliaria por personal comunitario Cuidado del cordón Cuidado de temperatura Lactancia exclusiva Cuidados de RN con bajo peso Prácticas saludables Reconocimiento de signos de peligro Atención Inicial y referencia Espaciamento Intergenésico CpD | Cuidado en la Familia/Comunidad |
| | Preventivo | Suplementación - Acido Fólico - Hierro Violencia Domestica Anticoncepción Inmunizaciones IEC | Plan de Parto Incremento de peso por IMC Visita Prenatal/Cuidado Prenatal: -Inmunización para tétanos -Tratamiento intermitente presuntivo para malaria -Tamizaje & manejo de: - HIV - Sífilis - Micronutrientes - Hierro - Calcio/aspirina - Hipotiroidismo - Desparasitación Atención por personal calificado Casas Maternas | Cuidado neonatal Inmediato Pinzamiento Tardío del Cordón Lactancia inmediata | Visita postnatal al 3er día Suplementación en Post-parto - Vitamina A - Hierro Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Cuidado de método canguro para BPN Inmunizaciones | Servicios con extensión de atención/cobertura |
| | Curativo | Manejo postaborto Detección & Tratamiento de Infecciones transmisión sexual Enfermedades crónicas PTMN-VIH y Sífilis | Detección de Bacteriuria asintomática Antibiótico en RPM Nifedipina en trabajo pretérmino Corticoides Prenatales Vigilancia del parto con partograma Atención del parto por personal capacitado Manejo activo del alumbramiento | Reanimación Neonatal (Aire/oxígeno) Cuidado neonatal Inmediato Pinzamiento Tardío del Cordón Lactancia inmediata | Detección de signos de peligro Diagnóstico temprano & Tratamiento de complicaciones materno neonatales e infantiles | Cuidado Clínico Referencia Primaria |
| | | Cuidado Obstétrico de Emergencia | Cuidado Neonatal y Pediátrico de Emergencia | | | |

Continuo de Atención por Lugar de la Atención

Conclusiones.-

UNICEF lleva adelante la responsabilidad institucional de reposicionamiento del enfoque de equidad dirigido a grupos vulnerables. En la actualidad, se reconoce con más evidencia que la carga estadística que representan las muertes de madres y recién nacidos en grupos periurbano marginales, rurales, originarios y étnicos, migrantes, y poblaciones excluidas, entre otras, tiene un impacto importante en las tasas de mortalidad de los países y de la misma región.

La equidad desde la perspectiva de derechos para los niños y niñas se entiende como el acceso a la oportunidad de sobrevivir, desarrollar y alcanzar su potencial sin discriminación, diferenciación o favoritismo, independientemente de su género, raza, creencia religiosa situación social atributo físico localización geográfica u otro estado que lo identifique.

El enfoque de equidad salud reorienta la atención de los tomadores de decisión para incorporar en sus planes y programas acciones objetivas destinadas a grupos vulnerables.

La visualización de estos grupos en los sistemas de información de país, tanto a nivel nacional, subnacional como local, es determinante para el diagnóstico de su estado situacional en salud materna e infantil.

La toma de decisiones basada en esta evidencia permitirá movilizar recursos adicionales centrados en equidad a evidencia, que permitirían superar los cuellos de botella y obstáculos, facilitando su acceso a la prestación de servicios de salud.

Cada área estratégica de esta Orientación Estratégica, contempla las potencialidades y fortalezas institucionales inherentes a UNICEF, en base a su capacidad institucional de contribución a la reducción de la mortalidad materna e infantil en la región de Latino América y el Caribe.

En este contexto, la capacidad técnica de las oficinas de país debe responder a las necesidades y prioridades que se han determinado con respecto a la salud de la madre, recién nacido y niño. El apoyo técnico desde la Oficina Regional se centrará con especial atención a la incorporación del enfoque de equidad en los planes y programas nacionales, la mejora de los recursos humanos, la elaboración y la adaptación de normas, directrices, métodos y herramientas, además de la difusión de la información, incluidas las intervenciones basadas en evidencia y las prácticas óptimas de atención, priorizando

Resulta igualmente importante fortalecer los mecanismos existentes de cooperación de los países y la cooperación técnica entre países. Estos mecanismos de cooperación técnica deben otorgar gran visibilidad al enfoque de equidad dentro del continuo de la atención, para la sensibilización de los actores políticos, sociales y económicos en observancia de mejorar la atención de los grupos vulnerables.

ANEXOS

Bases técnicas de las prácticas basadas en evidencia.-

Prácticas antes del embarazo.-

Vigilancia del estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo

El índice de masa corporal < de 20 se asocia a desnutrición. Antes del embarazo es un predictor de peso bajo al nacer (PBN) y RCIU cuando la mujer se embaraza.

Suplementación con ácido fólico

Reduce la incidencia de defectos del tubo neural en un 72% (42-87%).

Prevención y tratamiento de anemia con hierro

La anemia por deficiencia de hierro en la mujer adolescente se asocia a un riesgo mayor de anemia durante el embarazo. También se ha asociado con alteraciones en la función cognoscitiva y la memoria, disminución del desempeño escolar y depresión de la función inmune con incremento en las tasas de infección.

Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), antes del embarazo

En las mujeres la clamidia y gonorrea pueden provocar enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede conducir a infertilidad o problemas con el embarazo. En los varones la gonorrea puede producir epididimitis, y puede causar infertilidad. El VIH mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo conduciendo a infecciones graves y la muerte y se transmite durante el embarazo, el trabajo de parto y la lactancia materna. La prevención por vacunación del VPH puede disminuir el cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, el VPH pueden provocar cáncer del ano y del pene.

Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (obesidad, diabetes)

Alteraciones psiquiátricas, trastornos emocionales, mal rendimiento y deserción escolar, tratamientos prolongados, enfermedades cardiovasculares.

Prácticas durante el embarazo.-

Control prenatal

El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, en un ambiente de emergencia obstétrica y atención neonatal institucional calificada. Se han reportado menos complicaciones durante el embarazo y parto. Menos pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto y mortalidad materna, así como menor PBN.

Uso de la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el carné perinatal del CLAP/SMR

El procesamiento de los datos de la HCP fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial perinatal, hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud y proporciona a los entes perinatales asistenciales una herramienta ágil y de fácil manejo para las investigaciones operacionales.

Incremento de peso durante el embarazo

Existe una fuerte evidencia que apoya la asociación entre ganancia de peso durante el embarazo y los siguientes resultados: nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, macrosomía, recién nacidos grandes para su edad gestacional, recién nacidos pequeños para su edad gestacional. También hay evidencia de mayores resultados adversos durante la labor y el parto.

Inmunización con toxoide tetánico, contemplando el estado vacunal previo

En poblaciones donde la incidencia de tétanos es elevada puede reducir la mortalidad neonatal entre 35- 58% y reducir la incidencia de tétanos neonatal entre un 88-100%.

Tamizaje y tratamiento de los casos de sífilis

Reducción de la mortalidad fetal y los abortos, dependiendo de su prevalencia.

Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática

La bacteriuria asintomática está fuertemente asociada a prematuridad y PBN. La madre puede desarrollar pielonefritis, hipertensión, preclampsia y posiblemente muerte materna y/o fetal.

Prevención y tratamiento de anemia con hierro durante el embarazo

La anemia por deficiencia de hierro en la mujer embarazada es causa de mortalidad materna y perinatal. También está altamente asociada a prematuridad y PBN. Los estudios señalan que la Suplementación con hierro a las mujeres durante el embarazo tiene efectos beneficiosos sobre los resultados perinatales.

Prevención de preeclampsia y eclampsia

Disminuye el bajo peso al nacer parto pretérmino. Se asocia con una reducción de 8% de parto pretérmino, un 14% en la reducción de muerte perinatal y un 10% en la reducción de RCIU.

Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

Enfermedades como clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana pueden ser tratadas y curadas con antibióticos durante el embarazo disminuyendo la transmisión vertical.

Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (Diabetes, obesidad)

La diabetes durante el embarazo se asocia a muerte fetal, y al nacimiento con macrosomía, trauma, problemas respiratorios, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, problemas metabólicos. Existe fuerte evidencia de la asociación entre anomalías congénitas y mal control de la glicemia durante el embarazo.

Desparasitación en zonas de alta prevalencia

Reduce la anemia materna y sus complicaciones, sin evidencia de efectos teratogénicos en el feto con el uso de albendazol.

Detección y tratamiento de estreptococo del grupo B

La terapia profiláctica iniciada como mínimo 4 horas antes del parto reduce la incidencia de infección y mortalidad neonatal por estreptococo del grupo B (125-131).

Detección y tratamiento de enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal se asocia en el embarazo con preeclampsia y en el neonato con prematuridad, PBN y RCIU.

Detección, prevención y manejo de violencia doméstica

La violencia disminuye la motivación y moral, causa lesiones físicas y psicológicas, depresión, estrés postraumático, es causa de parto pretérmino y muerte fetal y/o materna.

Prácticas Durante el Parto.-

Prácticas de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado)

Los partos atendidos por personal calificado y en un servicio de salud tienen menos complicaciones y presentan menos morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal.

Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y parto

La presencia continua de una persona de apoyo durante la labor y el parto reduce el trabajo de parto, la necesidad de cesárea, el parto instrumental, la necesidad de medicamentos para el dolor y en el recién nacido puntuación de Apgar >7 a los 5 minutos.

Eritromicina en RPM antes del parto en < 37 semanas

Reducción estadísticamente significativa de la corioamnionitis, de la morbilidad neonatal incluyendo infección (neumonía), uso de surfactante, uso de oxígeno y anomalía en el ultrasonido cerebral previo al alta.

Nifedipina en trabajo de parto pretérmino

Nifedipina ha resultado ser más efectiva y segura que otros tocolíticos para la amenaza de parto pretérmino y resulta muy ventajosa su administración por vía oral. Previene SDR, hemorragia intraventricular e ictericia.

Corticosteroides prenatales para inducir maduración pulmonar

Se ha demostrado que la administración de betametasona o dexametasona antenatal disminuye significativamente el SDR entre un 36-50% y la mortalidad neonatal entre un 37 y 40%. Además disminuye el riesgo de hemorragia intraventricular entre un 40 a 70%. La persistencia del conducto arterioso y las evidencias sugieren que pueden proteger contra secuelas neurológicas. Una sola dosis comparada con múltiples dosis resulta más beneficiosa.

Vigilancia del trabajo de parto con partograma

Disminuye las intervenciones innecesarias y complicaciones perinatales.

Cesárea en presentación podálica en recién nacidos con PBN

Menor morbilidad y mortalidad neonatal, menor asfixia y trauma al nacimiento comparado con partos vaginales en recién nacidos con PBN.

Zidovudine para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH

El uso de antiretrovirales reduce significativamente la transmisión vertical del la infección por el VIH de la madre a su hija(o), junto a otras intervenciones como cesárea electiva y uso de fórmula en todos los expuesto.

Manejo activo modificado del tercer período

Todos ellos han demostrado que disminuye el sangrado y el número de transfusiones a la madre. Todos incrementan el riesgo de retención placentaria y anemia en el recién nacido. Los oxitócicos incrementan al doble la frecuencia de retención placentaria.

Pinzamiento tardío del cordón umbilical

El pinzamiento tardío del cordón umbilical, realizado entre los 2 y 3 minutos, es fisiológico e incrementa el hematocrito neonatal hasta en un 50%, cuando se le compara con el pinzamiento precoz. Aumenta las reservas de hierro del recién nacido disminuyendo la prevalencia de anemia en los primeros 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida.

Reanimación neonatal con aire ambiental

El aire ambiental es tan bueno como el oxígeno al 100% para la reanimación de recién nacidos asfixiados disminuyendo su mortalidad.

Atención inmediata al recién nacido normal

Los cuidados rutinarios e inmediatos a los recién nacidos sanos evitan hipotermia, hipoglucemia, anemia, enfermedad hemorrágica del recién nacido, infección ocular, cambio o pérdida de un recién nacido y retraso de la lactancia materna exclusiva.

Cuidado del cordón umbilical

La aplicación de una solución antiséptica como el colorante triple (Tween 80, violeta genciana y sulfato de noflavina) o alcohol han resultado efectivos, aunque también puede utilizarse la clorhexidina o yodopovidona.

El cuidado tradicional del cordón umbilical con la aplicación de leche humana parece no tener efectos adversos y se asocia con una caída más rápida. La aplicación de alcohol o de clorhexidina retrasa la caída. Durante epidemias de onfalitis el colorante triple ha sido más efectivo para su prevención, pero puede retardar su separación.

Cuidado de la piel al nacimiento

La superficie de la piel, el vérnix y el líquido amniótico protegen al recién nacido contra la invasión bacteriana al nacimiento.

Prácticas después del parto.-

Tamizaje neonatal para hipotiroidismo

El diagnóstico muy temprano y tratamiento de los casos confirmados de hipotiroidismo reducen o eliminan los riesgos de padecer la enfermedad.

Detección y tratamiento de retinopatía del prematuro (ROP)

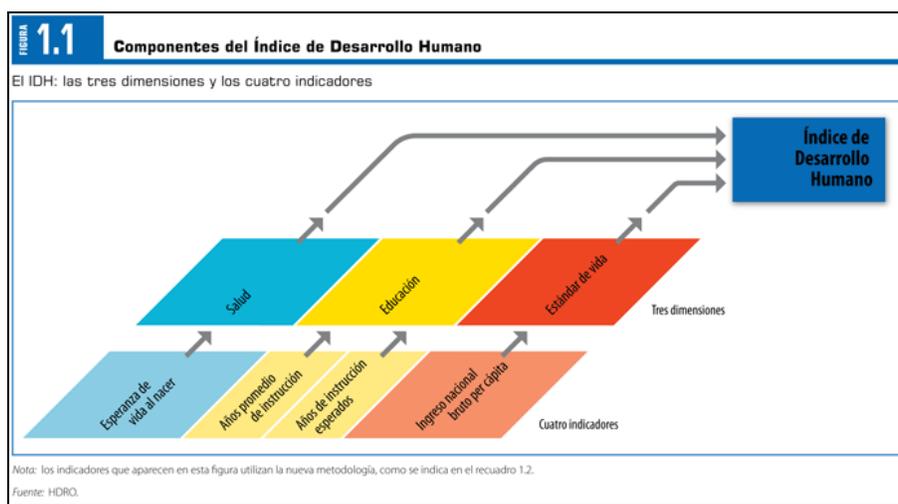
La prevención a exposición a niveles elevados de oxígeno, mediante el uso controlado de oxígeno o la oximetría de pulso pueden disminuir el número de recién nacidos con etapas graves e irreversibles.

Visita domiciliaria temprana para el cuidado del recién nacido

Varios estudios han demostrado que las visitas tempranas en el hogar para el cuidado del recién nacido son efectivas en reducir mortalidad neonatal en poblaciones de alto riesgo. Además han mostrado mejoras en las prácticas claves del cuidado neonatal tales como el inicio de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva, contacto piel a piel, retrasar el baño y mejorar la higiene, así como lavado de manos con agua limpia y jabón y cuidado del cordón umbilical.

El Índice de Desarrollo Humano.-²¹

El primer Informe sobre Desarrollo Humano introdujo una nueva forma de medir el desarrollo mediante la combinación de indicadores de esperanza de vida, logros educacionales e ingresos en un Índice de Desarrollo Humano compuesto: el IDH (vea el recuadro 1 debajo). Lo innovador del IDH fue la creación de una estadística única que serviría como marco de referencia tanto para el desarrollo social como para el económico. El IDH define un valor mínimo y uno máximo para cada dimensión (denominados objetivos) y luego muestra la posición de cada país con relación a estos valores objetivos, expresados mediante un valor entre 0 y 1.



El componente de esperanza de vida al nacer recogido en el HDI se calcula utilizando un valor mínimo de 20 años y un valor máximo de 83,2 años, que es el valor máximo observado para los indicadores de los países en el periodo 1980–2010. Por lo tanto, el componente de longevidad para un país cuya esperanza de vida al nacer sea de 55 años vendrá a ser de 0,554.

El componente de educación del HDI se mide ahora a través de los años de escolarización para personas adultas mayores de 25 años y los años de escolarización previstos para niños y niñas en edad escolar. La media de años de escolarización se calcula a través de la duración de los estudios en cada nivel formativo (para obtener información más detallada, consúltese Barro y Lee, 2010). Los años de escolarización previstos se determinan por la escolarización por edades en todos los niveles formativos y la población en edad escolar presente en cada uno de estos niveles. Los indicadores se normalizan mediante un valor mínimo de cero y los valores máximos, que vienen dados por los valores máximos reales observados en los países durante la serie temporal observada, es decir, entre 1980 y 2010. El índice de educación es la media geométrica de los dos índices.

²¹ <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/idh/> accedido en 15 de noviembre 2010

El componente de estándares de vida dignos se mide a través del INB per cápita (USD PPP) en lugar del PIB per cápita (USD PPP). El HDI utiliza el logaritmo de ingresos para reflejar cómo decrece importancia de los ingresos a medida que aumenta el INB. Posteriormente, a través de la media geométrica, se suman las puntuaciones obtenidas en los tres índices dimensionales del HDI para formar un índice compuesto.

Tendencias del Índice de Desarrollo Humano, 2000–2010 para Países de Latino América y El Caribe

| Clasificación según IDH | Índice de Desarrollo Humano | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| | Valor | |
| | 2000 | 2010 |
| Desarrollo humano muy alto | | |
| 4. USA | 0,893 | 0,902 |
| 8. Canadá | 0,867 | 0,888 |
| Desarrollo humano alto | | |
| 45. Chile | 0,734 | 0,783 |
| 46. Argentina | 0,734 | 0,775 |
| 52. Uruguay | 0,716 | 0,765 |
| 54. Panamá | 0,703 | 0,755 |
| 56. México | 0,698 | 0,750 |
| 59. Trinidad y Tobago | 0,685 | 0,736 |
| 62. Costa Rica | 0,684 | 0,725 |
| 63. Perú | 0,675 | 0,723 |
| 73. Brasil | 0,649 | 0,699 |
| 75. Venezuela | 0,637 | 0,696 |
| 77. Ecuador | 0,642 | 0,695 |
| 78. Belice | - | 0,694 |
| 79. Colombia | 0,637 | 0,689 |
| 80. Jamaica | 0,665 | 0,688 |
| Desarrollo humano medio | | |
| 88. Rep. Dominicana | 0,624 | 0,663 |
| 90. El Salvador | 0,606 | 0,659 |

| | | |
|-------------------------------|-------|-------|
| 95. Bolivia | 0,593 | 0,643 |
| 96. Paraguay | 0,593 | 0,643 |
| 106. Honduras | 0,552 | 0,604 |
| 115. Nicaragua | 0,512 | 0,565 |
| 116. Guatemala | 0,514 | 0,560 |
| Desarrollo humano bajo | | |

PRESUPUESTO

**PRESUPUESTO 2011-2015 PROYECTO DE DISMINUCION DE LA MORTALIDAD MATERNA, NEONATAL E INFANTIL PARA 8 PAISES PRIORIZADOS DE LATINO AMERICA Y EL CARIBE
UNICEF**

| Area | Description | Cantidad | Unidad | Duracion | Unidad | Precio Unitario USD | Presupuesto Total USD |
|------------------|--|----------|---------|----------|--------|---------------------|-----------------------|
| Recursos Humanos | Especialista Regional en Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil, P3 para coordinar trabajo con grupos vulnerables | 2 | Persona | 60 | Meses | 7.500 | 900.000 |
| | Especialistas de Salud con base en 8 paises prioritarios, responsables de coordinar localmente el trabajo de UNICEF con grupos vulnerables | 8 | Persona | 60 | Meses | 6.100 | 2.928.000 |
| | Apoyo para la produccion, adaptacion y difusion de 1 documento de Analisis de Situacion para 8 paises prioritizados | 1 | Persona | 3 | Meses | 5.000 | 15.000 |
| | Apoyo para la adaptacion de sistemas de informacion para 8 paises prioritizados | 1 | Persona | 3 | Meses | 5.000 | 15.000 |
| | Apoyo para la adaptacion, produccion y difusion de 1 documento de Abogacia | 1 | Persona | 3 | Meses | 5.000 | 15.000 |
| | Consultor para desarrollar mensajes claves en SMNI para 8 paises prioritarios | 1 | Persona | 3 | Meses | 5.000 | 15.000 |
| | Consultor para desarrollar informe Buenas Practicas en SMNI | 1 | Persona | 3 | Meses | 5.000 | 15.000 |
| | Reproduccion de Informe de Buenas Practicas en SMNI | 2.000 | Copias | | | 120 | 240.000 |
| Contratos | Reproduccion de documentos tecnicos, guias y protocolos a lenguaje Espanol e indigena | 25 | Copias | | | 25.000 | 625.000 |
| | Contrato con Institucion academica para desarrollar una | 3 | Estudio | | | 75.000 | 225.500 |

| | | | | | | | |
|--|---|-------|--------|---|------|--------------------------|----------------------|
| | investigacion sobre inequidades en SMNI en 8 paises priorizados de LAC. | | | | | | |
| | Traduccion de investigacion sobre inequidades en SMNI en 8 paises priorizados en LAC a otros idiomas. | 25 | Copias | | | 2.500 | 62.500 |
| Viajes | Misiones a 8 paises priorizados de LAC | 80 | Viajes | 4 | dias | 1.850 (varia segun pais) | 304.000 |
| | Transporte en paises para trabajo en terreno | 56 | | | | 850 | 47.600 |
| | Otros gastos de transportes | 5 | | | | 3.000 | 15.000 |
| Capacitaciones | Taller de sensibilizacion nacional sobre SMNI en cada pais priorizado | 8 | | 3 | Dias | 50.000 | 400.000 |
| | Taller de Capacitacion Regional en equidad y SMNI para Encargados de Salud de cada pais | 1 | | 3 | Dias | 80.000 | 80.000 |
| | Taller de Capacitacion Regional en Vigilancia en SMNI | 1 | | 3 | Dias | 85.000 | 85.000 |
| | Taller Regional de Buenas Practica en SMNI | 1 | | 2 | Dias | 80.000 | 400.000 |
| | Taller Regional Anual de Monitoreo y de Evaluacion de Actividades | 5 | | 2 | Dias | 80.000 | 400.000 |
| Varios | Impresion de investigacion sobre inequidades en SMNI en LAC. | 1.000 | Copias | | | 2.500 | 2.500.000 |
| | Impresion de investigacion sobre inequidades en SMNI en LAC a otros idiomas de LAC. | 500 | Copias | | | 2.500 | 1.250.000 |
| | Actividades de Monitoreo y Evaluacion | 5 | | | | 80.000 | 400.000 |
| | Gastos Administrativos y Logistica (5% del presupuesto subtotal) | | | | | 471.193 | 471.193 |
| Subtotal Total | | | | | | | 9.838.292,89 |
| Posible Recuperacion de Costos (7%) | | | | | | | 688.680,50 |
| Total | | | | | | | 10.526.973,39 |

Referencias Bibliográficas

1. Convencion de los derechos del niño, Ginebra 20 de Noviembre 1989/Derechos Ninos, Ninas y Adolescentes, Corporacion Opcion Santiago de Chile, Septiembre 2010.
2. MDG Report Inform 2010, United Nations.
3. Subsanan las desigualdades de salud en una generacion, OMS, 2008.
4. Countdown 2015, Report Maternal, Newborn and Child Survival
5. Narrowig the gaps to meet the goals. UNICEF Septiembre 2010.
6. Progreso para la Infancia, edicion especial, pagina 25, UNICEF 2010).
7. Estado Mundial de la Infancia 2009 Salud Materna y Neonatal. UNICEF
8. Objetivos de Desarrollo del Milenio: La progresión Hacia el Derecho a la salud en América latina y el Caribe. Naciones Unidas, 2008.
9. Tematic Paper on MDG 4, MDG 5 and MDG 6. United Nations 2010.
10. Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Salud del recién Nacido en el Contexto del Proceso Continuo de la Atención de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. Orpagnización Panamericana de la Salud, 2008.
11. Una vision de salud intercultural para los pueblos indigenas de las Americas, OPS, 2008.
12. Briefing on Latin America and the Caribbean, Paper for discussion, UNICEF.
13. UNICEF Strategic Approach in Middle Income Countries-Six Core Roles A Discussion Note, UNICEF 13, January, 2010.
14. Millenium Development Goals Reports 2009.
15. Conference Room Paper for RMT. CORE Functions of TACRO 2010-2011, Revised Draft December 2009. UNICEF.
16. Apuntar al 5, la Salud de las Mujeres y los ODM, Women Deliver, Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.
17. Home Visit for the Newborn Child: A Strategy to Improve Survival. WHO/UNICEF Joint Statement.
18. Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido. Capitulo I: Componente Estadístico. UNICEF/AECID, 2010.
19. Estudio sobre dimension cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido. Capitulo II: Componente Antropologico. UNICEF/AECID, 2010.
20. Joint Country Support accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health Mapping off in country activities. OMS/UNFPA/UNICEF/The World Bank. OMS 2010.
21. Monitoring Emergency Obstetric Care: a Hand Book OMS/UNFPA/UNICEF/The World Bank. OMS 2010.
22. AIEPI Neonatal Intervenciones Basadas en Evidencia en el Contexto del Continuo Materno-Recién Nacido-Niño Menor de 2 meses. Organización Panamericana de la Salud, 2009.

23. Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Salud del Recién Nacido en el Contexto del Proceso Continuo de la Atención de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. OPS-UNICEF , 2008
24. UNICEF joint health and nutrition strategy for 2006-2015
25. Strategic Guidance Note on UNICEF's Role in Maternal and Neonatal Health 2010
26. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF
27. Reducir las Diferencias para Alcanzar los Objetivos UNICEF, 2010
28. MDG Report Inform 2010, United Nations
29. Overview of Health and Nutrition Disparities, UNICEF
30. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, 2008
31. hdr.undp.org/es/estadisticas/ en 15 de noviembre 2010
32. Analysis of causes of maternal death a Systematic Review. Khan KS, et al Lancet 2006; 367: 1066-1074.
33. How many child deaths can we prevent this year? Gareth Jones, et al; Lancet 2003; 362: 65–71
34. Where and why are 10 million children dying every year? Robert E Black, Saul S Morris, Jennifer Bryce Lancet 2003; 361: 2226–34
35. Neonatal vitamin A supplementation for prevention of mortality and morbidity in infancy: systematic review of randomised controlled trials Siddhartha Gogia, attending consultant, Harshpal Singh Sachdev, senior consultant BMJ 2009;338:b919
36. The challenge of reducing neonatal mortality in middle income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004 Fernando C Barros Lancet 2005; 365: 847–54
37. Birth spacing and neonatal mortality Shelton JD; Lancet 2005: 365
38. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lawn J E, et al; Lancet 2005; 365: 891–900
39. Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: three Brazilian birth-cohorts Costello A, et al; Lancet 2005: 365
40. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. Derman R J, et al Lancet 2006; 368: 1248–53
41. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Darmstadt GL, et al; Lancet 2005: 365: 977–88
42. Effects of antenatal multiple micronutrient supplementation on birthweight and gestational duration in Nepal: double-blind, randomised controlled trial Osrin D. Lancet 2005; 365: 955–62
43. Systematic scaling up of neonatal care in countries Knippenberg R, et al. Lancet 2005; 365: 1087–98
44. Micronutrient supplements in pregnant Nepalese women. Holmes W. Lancet 2005; 365
45. Comparison of the effect of two systems for the promotion
46. of exclusive breastfeeding

47. Sonia Bechara Coutinho, Pedro Israel Cabral de Lira, Marilia de Carvalho Lima, Ann Ashworth Lancet 2005; 366: 1094–100
48. Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year cohort study. Chowdhury ME., et al; Lancet 2007; 370: 1320–28
49. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Kerber KJ; Lancet 2007; 370: 1358–69
50. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. Maine D; Lancet 2007; 370: 1380–82
51. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. Iams JD. Lancet 2008; 371: 164–75
52. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Black RE. Lancet 2008; 371: 243–60
53. Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. The Young Infants Clinical Signs Study Group; Lancet 2008; 371: 135–42
54. Effect of maternal multiple micronutrient supplementation on fetal loss and infant death in Indonesia: a double-blind cluster-randomised trial. The Supplementation with Multiple Micronutrients Intervention Trial (SUMMIT) Study Group; Lancet 2008; 371: 215–27
55. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study Coovadia HM, et al. Lancet 2007; 369: 1107–16
56. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. Haines A Lancet 2007; 369: 2121–31
57. Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on childhood mortality and nutrition in a rural area in Bangladesh: a cluster randomised trial. Arifeen SE, Hoque E; Lancet 2009; 374: 393–403
58. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis Black RE. Lancet 2010; 375: 1969–87
59. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival Bhutta ZA, et al. Lancet 2010; 375: 2032–44.
60. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. Lim SS, et al. Lancet 2010; 375: 2009–23.
61. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. Kumar V, et al. Lancet 2008; 372: 1151–62.
62. Impact of packaged interventions on neonatal health: a review of the evidence. Haws RA, et al; Health Policy and Planning 2007;22:193- 215
63. Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: an observational cohort study. Baqui AH; BMJ 2009;339: b2826.
64. Dietary Intake in Third Trimester of Pregnancy and Prevalence of LBW: A Community-based Study in a Rural Area of Haryana. Rao BT, et al. Indian Journal of Community Medicine 2007; 32: 4

Para mayor información, sírvase dirigirse a:

Sección de Salud y Nutrición
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Apartado Postal 0843-03045
Panamá, República de Panamá
www.unicef.org