

158.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016

Punto 7.12 del orden del día provisional

CE158/INF/12
13 de febrero del 2016
Original: español

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

Antecedentes

1. En el 2008, el 48.^o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño* (1).

2. En el 2015, al llegar a su fin el período de ejecución de la estrategia y el plan de acción, se inició, en virtud de los indicadores contemplados en su formulación, la evaluación de la ejecución de actividades específicas, de los resultados, así como de las experiencias exitosas. El análisis final se llevó a cabo de acuerdo a niveles de agregación regional y de países, y se asignó particular importancia a los países definidos como prioritarios en la estrategia.¹ Los datos correspondientes a la mortalidad neonatal y su contribución a la mortalidad infantil se obtuvieron de las estimaciones indirectas elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, desde 1990 hasta el 2015 (considerando como punto final el último año disponible) (2) y de fuentes secundarias (3). (Véase el cuadro 1 del anexo.)

Actualización sobre el progreso logrado

3. En el transcurso del período de implementación de la estrategia y plan de acción regionales, se registraron considerables avances en la reducción de la mortalidad neonatal en la Región de las Américas y, específicamente, en América Latina y el Caribe.

a) En el lapso comprendido entre 1990, año considerado como punto de partida para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y la última estimación disponible correspondiente al 2014, la tasa de mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe descendió de 22,1 a 9,3 defunciones neonatales por cada 1.000 nacidos vivos. Este descenso representa una reducción de 12,8 defunciones por

¹ Países definidos como prioritarios: Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

cada 1.000 nacidos vivos (57,9%). Entre el 2008 y el 2014, se registró un descenso de 1,5 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos (de 10,8 a 9,3/1.000 nacidos vivos), lo que representa una reducción de 13,9% con respecto al año 2008. La variación observada implica un descenso en la velocidad de reducción de la tasa de mortalidad neonatal durante el período de implementación de la estrategia. En tanto que entre 1990 y el 2008 se registró un descenso promedio de 3,9% anual, entre el 2008 y el 2014 el descenso alcanzó un valor promedio de 2,4% anual. El comportamiento observado en los países prioritarios ha sido similar. Los valores extremos de la tasa de mortalidad neonatal estimados en los países prioritarios, que en el 2008 correspondían a 10,3 y 28,5 por mil nacidos vivos, han descendido a 8,6 y 26,0 por mil nacidos vivos, respectivamente (circa 2014). La mediana de descenso corresponde a una reducción de 17% con respecto al valor del 2008 ya que, en 9 de los 12 países, el descenso se mantuvo cercano o superior al 10% en el mismo período. (Véase la figura en el anexo.)

- b) La contribución proporcional de la mortalidad neonatal a la mortalidad de menores de 5 años se ha incrementado. En 1990, un 40,7% de la mortalidad de menores de 5 años correspondía a defunciones en el período neonatal, en tanto que aumentó a 49,2% en el 2008 y a 52% en el 2014. Este aumento responde al mayor descenso registrado en el componente posneonatal y en el de 1 a 4 años, en el mismo período.
- c) Las desigualdades en la mortalidad neonatal constituyen un aspecto que vale la pena subrayar. En el 2008, las tasas de mortalidad neonatal en los países de la Región variaban entre 2,9 y 28,5 por 1.000 nacidos vivos. Esta diferencia, que representa un rango estimado de 25,6, no se ha reducido sustantivamente. Estas diferencias implican que los países con las tasas de mortalidad neonatal más elevadas presentan valores diez veces superiores en comparación con los países que registran los valores más bajos. (Véase el cuadro 2 del anexo.)

4. ***Área estratégica 1: Crear un entorno favorable para la promoción de la salud perineonatal:*** la formulación de planes nacionales específicos, así como la creación y el fortalecimiento de las alianzas en torno a la salud del recién nacido han constituido las líneas de acción específicas. Se han logrado importantes avances en la actualización de los perfiles de la situación neonatal y de los planes nacionales orientados a dar visibilidad al recién nacido y contribuir a la reducción de la mortalidad y la morbilidad prevenibles.

5. Al llegar a su fin el período de implementación de la estrategia, ocho de cada diez países cuentan con un plan nacional estratégico en ejecución. Todos los países prioritarios de impacto de la Región cuentan con un plan nacional en ejecución, lo que permite dar cumplimiento al objetivo específico. En forma similar, el establecimiento de alianzas estratégicas ha constituido un eje central promovido tanto desde el nivel regional como nacional. La Alianza a favor de la salud neonatal en América Latina y el Caribe ha constituido un medio fundamental para el fortalecimiento de las actividades específicas, así como para el establecimiento de alianzas nacionales que han contribuido a sustentar estas actividades. La totalidad de los países prioritarios en la estrategia, así como otros países de la Región, cuentan con alianzas con diferentes características y grado de

formalización. En algunos países como Haití, Paraguay y República Dominicana, donde las alianzas no se habían fortalecido ni establecido, estas se encuentran actualmente en plena implementación.

6. **Área estratégica 2: Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención de la madre, del recién nacido y del niño:** la estrategia proponía específicamente promover el acceso universal equitativo a la atención de salud materna y neonatal privilegiando a grupos vulnerables, con el objetivo de alcanzar al menos 80% de cobertura de atención del parto por personal calificado. Así, en la Región de las Américas, son tres los países que aún no alcanzan 80% de la cobertura de atención del parto por personal calificado, y en los tres casos se trata de países prioritarios (Bolivia, Guatemala y Haití) (3).

7. La actualización, difusión y aplicación de intervenciones de atención de salud materna y neonatal constituye otra línea de acción en este sentido. La necesidad de aplicar las normas basadas en la evidencia en la atención neonatal como parte del proceso continuo del cuidado es reconocida por los países de la Región y, en particular, por todos los países prioritarios. Este componente constituye en un sentido un logro en relación con el objetivo definido en la estrategia, que contempla la implementación de normas basadas en la evidencia y procedimientos de atención neonatal en el proceso continuo del cuidado en todos los países prioritarios para el 2009. Sin embargo, a partir de la experiencia de los países, se concluye que el grado de cumplimiento con las normas es variable o no se dispone de información acerca del grado del mismo.

8. **Área estratégica 3: Promover las intervenciones comunitarias:** la ejecución de intervenciones comunitarias vinculadas al recién nacido ha sido muy variable entre los países o en el interior de ellos. Del objetivo específico, que establecía su incorporación en el 2010 en todos los países prioritarios, podría decirse que se ha cumplido parcialmente. En seis de los países prioritarios, la ejecución de las intervenciones alcanza más de 80% de cobertura, en tanto que en los países restantes la ejecución se menciona solamente en zonas geográficas prioritarias. La realización de visitas domiciliarias es reconocida por los países, aunque con grados variables de cobertura. En particular en las zonas de mayor riesgo, es de alrededor de 50% en los países prioritarios.

9. **Área estratégica 4: Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación:** con el objetivo de disponer de sistemas de información de calidad en materia de salud materna y perineonatal, así como de medios para la vigilancia del desempeño del personal de salud se han establecido estrategias para el fortalecimiento de los sistemas de información sobre salud, así como de los de vigilancia, monitoreo y evaluación, que los países prioritarios adoptarían en el 2010. Las líneas estratégicas se han fortalecido tanto desde el nivel regional como nacional, aunque con cierta variabilidad entre estos últimos. Los sistemas con mayor grado de implementación en los países corresponden a los sistemas de registro de hechos vitales,² así como los sistemas de información sobre

² 11/12 países ofrecen información sobre mortalidad neonatal con desagregación geográfica y otras condiciones.

servicios de salud.³ Desde el nivel regional se ha desarrollado, actualizado y promovido la implementación de los sistemas de vigilancia de la salud neonatal (Sistema Informático Perinatal, SIP) y de vigilancia de los defectos congénitos. Sin embargo, los Estados Miembros reconocen la necesidad de fortalecer los sistemas de información, tanto los vinculados con los ya mencionados, como con la vigilancia de las muertes neonatales y los sistemas de información de la comunidad.

10. En la Región hay varias experiencias exitosas en el mejoramiento de la atención neonatal, producto de la ejecución de intervenciones promovidas en el marco de la estrategia y plan de acción regionales. Los aspectos centrales en torno a los cuales se agrupan las experiencias exitosas abarcan la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad neonatales, la implantación de sistemas de vigilancia y de programas de tamizaje de las malformaciones congénitas y las enfermedades metabólicas y sensoriales al nacer, mejoramiento de la calidad de la atención y diseño de instrumentos de valoración específicos y de atención de los recién nacidos de riesgo, así como cuidados tempranos en el marco del curso de vida. Muchas de las experiencias exitosas identificadas han tenido lugar en los países prioritarios y, en algunos casos, han generado o promovido mecanismos de cooperación Sur-Sur. Asimismo, responden claramente a los nuevos desafíos de la salud neonatal en la Región.

Conclusiones

11. Se registran progresos y avances en torno a la salud del recién nacido, en particular en términos de la ejecución de planes específicos y de descensos en la mortalidad neonatal. Sin embargo, de acelerar la reducción de la mortalidad neonatal, la persistente desigualdad en cuanto a la mortalidad neonatal y las defunciones por causas prevenibles, además de la necesidad de fortalecer las acciones orientadas a alcanzar la cobertura universal y la atención de salud de calidad, el abordaje comunitario y el fortalecimiento de los sistemas de información para el monitoreo, evaluación y planificación, continúan constituyendo desafíos centrales para los países de la Región y en especial para los países prioritarios. La prematuridad, las malformaciones congénitas, la sepsis y la asfixia siguen siendo condiciones sobre cuyos determinantes es esencial intervenir. En tal sentido, cabe mencionar la carga de mortalidad y morbilidad por malformaciones congénitas y la necesidad de intervenir con respecto a las condiciones modificables.

12. Los Estados Miembros reconocen la relevancia de intervenir en el marco del proceso continuo de la atención y de focalizar acciones en torno al recién nacido. Ello implica fortalecer las acciones orientadas a reducir la mortalidad por causas prevenibles, así como las importantes desigualdades existentes, vinculadas a condiciones geográficas, de etnicidad, socioeconómicas, entre otras. Pero, al mismo tiempo reconocen la necesidad de orientar las acciones hacia el abordaje de las condiciones que inciden en la morbilidad y que repercuten en el curso de vida, al influir tanto en las capacidades individuales como en el capital social.

³ 12/12 países prioritarios.

13. La ejecución de las medidas por parte de los Estados Miembros, además de otros actores clave, en el curso de la implementación de la estrategia y el plan regionales, los resultados alcanzados y la participación en el proceso de evaluación muestran el gran compromiso en torno al avance hacia el logro de la cobertura universal de salud, con intervenciones de calidad y orientadas a reducir las inequidades existentes, específicamente en torno al recién nacido, durante el período 2008-2015.

Acción necesaria para mejorar la situación

14. En virtud de los resultados alcanzados y de los desafíos persistentes, es esencial el mantenimiento del compromiso y los esfuerzos, tanto de los Estados Miembros como de la Oficina Sanitaria Panamericana en términos de avanzar y profundizar los logros alcanzados y, en particular en los países prioritarios, con intervenciones dirigidas tanto a la madre como al recién nacido, a fin de reducir la mortalidad neonatal.

15. Recientemente se han aprobado diversas iniciativas y estrategias regionales y mundiales en las que se enfatiza la necesidad de centrar las acciones en torno a la salud del recién nacido, como el plan de acción *Todos los recién nacidos* (4), la estrategia *Una promesa renovada* (5) y la *Estrategia mundial de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030)* (6), así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (7). A fin que estén en consonancia con la estrategia que se está evaluando, se recomienda adoptar las líneas estratégicas y las metas definidas allí, adaptándolas a la situación regional, además establecer planes operativos y mecanismos de monitoreo y evaluación específicos.

16. A la luz de los desafíos actuales, demostrados por la presente evaluación, se propone establecer los mecanismos para la adopción de los objetivos estratégicos y las metas propuestos en el plan de acción mundial *Todos los recién nacidos*: fortalecer las acciones orientadas a la cobertura universal, con intervenciones de calidad; reducir las desigualdades; fortalecer las acciones que involucren a los padres, las familias y las comunidades y fortalecer los sistemas de información.

Intervención del Comité Ejecutivo

17. Se solicita al Comité Ejecutivo que tome nota del presente informe, así como de los resultados obtenidos, y que ofrezca las recomendaciones que considere pertinentes.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. 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 [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de

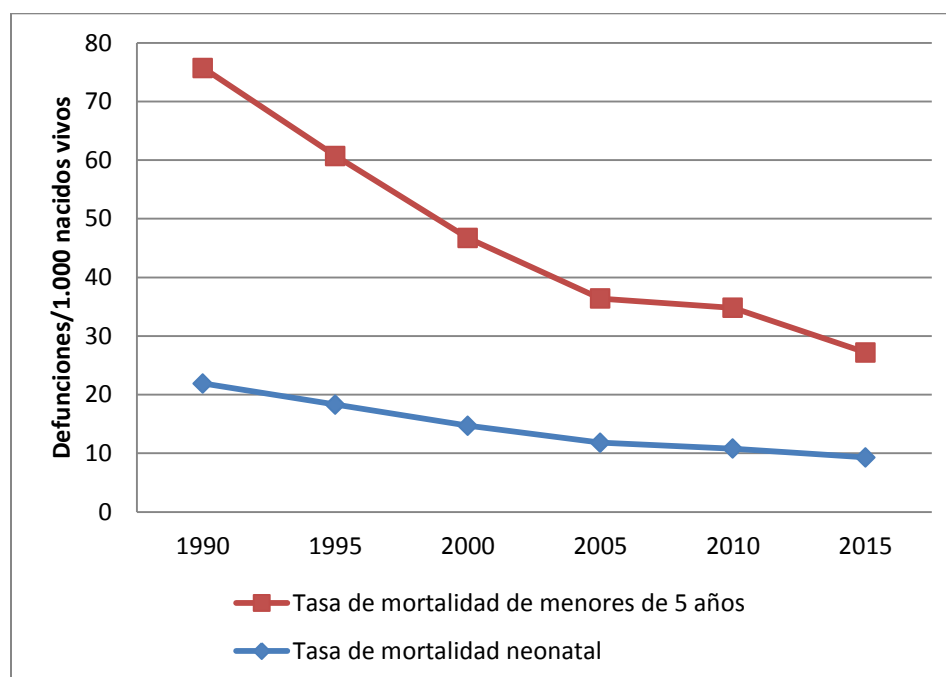
- septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2008 (documento CD48/7) [consultado el 26 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-07-s.pdf?ua=1>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Grupo del Banco Mundial, Naciones Unidas. The UN inter-agency group for child mortality estimation (IGME). Levels and trends in child mortality: Report 2015 [Internet]. Nueva York. Nueva York: UNICEF; Septiembre del 2015 [consultado 16 de febrero del 2016]. Disponible en: http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf
 3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos, 2015 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es
 4. Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths [Internet]. Ginebra: OMS: 2014. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft.pdf
 5. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y Banco Mundial. Una promesa renovada para las Américas [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org>
 6. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): Survive, thrive, transform. New York: Every Woman Every Child 2015. Disponible en: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>
 7. Naciones Unidas. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. New York: UN, 2016 [consultado el 16 de febrero del 2016]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org>

Anexo

Cuadro 1. Tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos, estimada y notificada, último año disponible

País	Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez	Dato notificado por los países (OPS)	Año
Antigua y Barbuda	5,1 (3-8)	8,2	2014
Argentina	6,8 (5,9-7,5)	7,4	2013
Bahamas	7,3 (5,5-9,6)	14,4	2013
Barbados	8,4 (6,5-10,7)	8,4	2013
Belice	8,6 (5,4-11,7)	7,9	2014
Bolivia	24,4 (20-29,6)	27,0	2008
Brasil	10,3 (9,7-11)	9,9	2013
Canadá	3,6 (3,2-4)	3,6	2011
Chile	5,2 (4,1-6,3)	5,2	2013
Colombia	8,8 (6,1-13,2)	7,7	2014
Costa Rica	6,3 (5-7,8)	6,2	2014
Cuba	2,4 (2,1-2,6)	2,3	2014
Dominica	15,6 (11,8-20,3)	15,0	2014
Ecuador	11,4 (7,2-18,4)	4,6	2013
El Salvador	8,6 (6-12,2)	6,4	2014
Estados Unidos	3,9 (3,4-4,5)	4,0	2012
Granada	6,2 (4,5-8,4)	10,9	2014
Guatemala	14,3 (9,7-21,2)	7,9	2013
Guyana	23,2 (16,9-32,3)	21,7	2014
Haití	26,9 (20,2-35,1)	31,0	2012
Honduras	12,2 (9,6-15,5)	18,0	2012
Jamaica	12,4 (7,9-18,8)	16,1	2013
México	7,7 (6,8-8,7)	8,3	2013
Nicaragua	11,4 (7,8-16,5)	10,0	2011
Panamá	10,2 (5,7-16,8)	8,5	2013
Paraguay	11,8 (6,8-19,4)	10,6	2013
Perú	8,9 (7,4-11)	12,0	2013
República Dominicana	22,6 (18,4-29,1)	19,9	2013
Saint Kitts y Nevis	6,8 (4,6-9,7)	15,6	2014
Santa Lucía	9,8 (7,5-12,4)	11,4	2013
San Vicente y las Granadinas	11,8 (9,2-15)	14,1	2014
Suriname	13 (7,8-17,7)	11,2	2011
Trinidad y Tabago	14,5 (7,5-30,1)	8,6	2012
Uruguay	5,3 (4,5-6,1)	5,0	2014
Venezuela	9,7 (8-11,5)	11,0	2012

Figura. Evolución de la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad de menores de 5 años en América Latina y el Caribe, 1990-2015



Cuadro 2. Evolución de la tasa de mortalidad neonatal en países prioritarios para la acción, según la *Estrategia y el plan de acción regionales sobre salud neonatal, 2008-2014*

País	Tasa de mortalidad neonatal (mediana)							Variación absoluta (2008-2014)	Variación porcentual (2008-2014)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Bolivia	24,4	23,4	22,6	21,9	21,2	20,7	20,1	4,3	17,6
Brasil	10,3	10,5	10,7	10,8	10,7	10,3	9,6	0,7	6,8
Ecuador	13,4	13,0	12,6	12,2	11,8	11,4	11,1	2,3	17,2
El Salvador	10,3	10,0	9,8	9,5	9,2	8,9	8,6	1,7	16,5
Guatemala	16,6	16,2	15,8	15,3	14,8	14,3	13,8	2,8	16,9
Guyana	24,1	24,0	23,9	23,8	23,7	23,5	23,2	0,9	3,7
Haití	28,5	28,1	29,9	27,3	26,9	26,5	26,0	2,5	8,8
Honduras	14,3	13,7	13,1	12,6	12,2	11,8	11,4	2,9	20,3
Nicaragua	12,7	12,3	11,8	11,4	11,0	10,6	10,3	2,4	18,9
Paraguay	13,9	13,5	13,0	12,6	12,2	11,8	11,4	2,5	18,0
Perú	11,1	10,7	10,2	9,8	9,4	8,9	8,6	2,5	22,5
República Dominicana	23,8	23,7	23,5	23,3	23,0	22,6	22,1	1,7	7,1
