

# ¿Por qué invertir en la salud de los recién nacidos?

Perspectivas de políticas sobre la salud neonatal

Por Nancy V. Yinger y Elizabeth I. Ransom

*Es necesario dirigir nuestra atención hacia aquellos niños que son más vulnerables: los recién nacidos. Muchas de las condiciones que tienen como consecuencia la muerte de los recién nacidos pueden prevenirse o tratarse fácilmente. Necesitamos tener un enfoque combinado para la madre y el bebé durante el embarazo, que contemple la presencia de alguien con las habilidades y conocimientos necesarios para que los acompañe durante el parto y que les ofrezca a ambos una atención efectiva luego del nacimiento.*

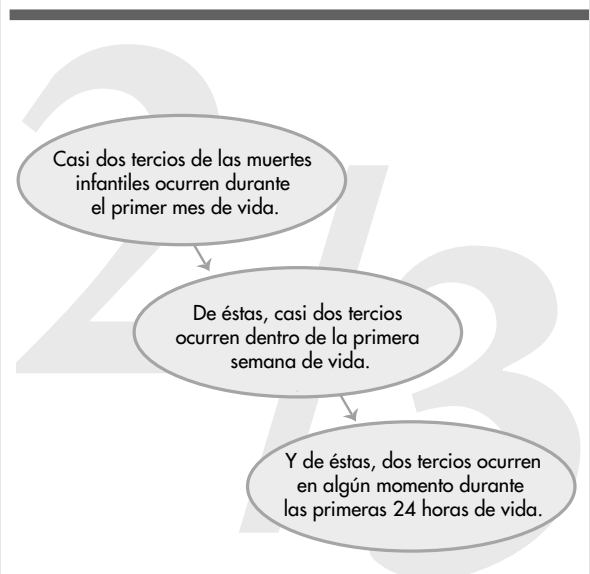
—Gro Harlem Brundtland, directora general, Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>

La supervivencia de los bebés recién nacidos depende de los cuidados que les proveamos. Varios acuerdos internacionales recientes han reafirmado el compromiso del mundo por mejorar la salud de los recién nacidos, y las evaluaciones globales realizadas recientemente confirman que llevar a cabo este esfuerzo tiene sentido tanto a nivel social como económico.

Sin embargo, la atención que se le presta actualmente al cuidado de los recién nacidos dista de ser óptima. Si bien durante los últimos 25 años los programas orientados a mejorar la supervivencia de los niños han ayudado a reducir la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años, el mayor logro de estos programas ha consistido en reducir la mortalidad causada por enfermedades que afectan a bebés y niños que tienen más de un mes de edad. Por lo tanto, la gran mayoría de las muertes infantiles ocurren durante el primer mes de vida, período durante el cual el riesgo de que un bebé muera es 15 veces mayor que en cualquier otro momento durante su primer año de

Figura 1

## La 'regla de los dos tercios'



FUENTE: J. Lawn y otros autores, *The healthy newborn: a reference manual for program managers* (2001).

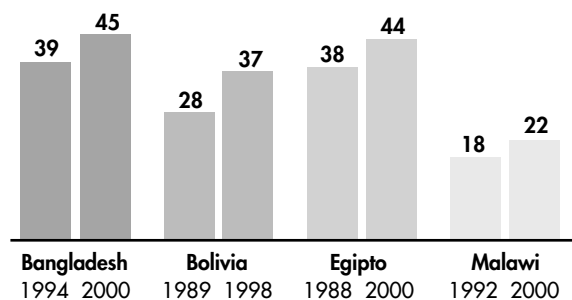
vida (ver Figura 1)<sup>2</sup>. De los 350.000 bebés que nacen cada día, 12.000 mueren durante el período neonatal, es decir durante su primer mes de vida, y el 98% de esas muertes tienen lugar en países en vías de desarrollo. Más de 4 millones de recién nacidos mueren cada año, y la cantidad anual de bebés que nacen sin vida llega casi a alcanzar esa cifra. Si bien la salud de los recién nacidos está directamente relacionada con la de sus madres, los recién nacidos tienen necesidades propias que deben ser tenidas en cuenta en el contexto de los servicios de salud maternal e infantil<sup>3</sup>.

Si se invirtieran más recursos en intervenciones de efectividad demostrada y de bajo

Figura 2

**Mortalidad neonatal como proporción en aumento de la mortalidad infantil en países seleccionados**

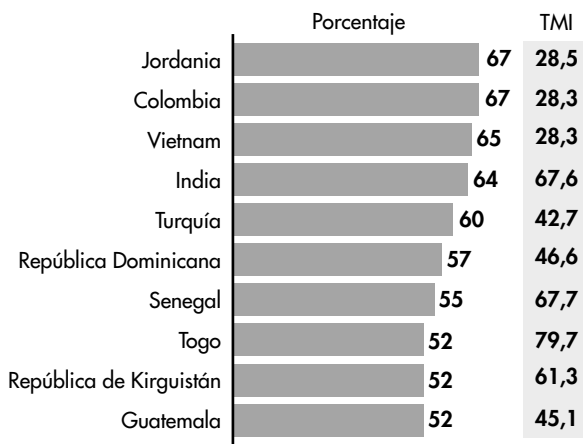
Tasas de mortalidad neonatal como porcentaje de tasas de mortalidad de niños menores de cinco años



FUENTE: ORC Macro, Encuestas demográficas y de salud.

Figura 3

**Mortalidad neonatal como proporción de la mortalidad infantil en países seleccionados**



NOTA: TMI = tasa de mortalidad infantil.  
 FUENTE: ORC Macro, Encuestas demográficas y de salud (1995-99).

costo, diseñadas para cubrir las necesidades de los recién nacidos, podrían evitarse millones de muertes en esa población. Pero obtener los recursos necesarios para lograr esto puede llegar a convertirse en una tarea enorme, ya que los legisladores deben enfrentar desafíos constantes al decidir continuamente acerca de la

asignación y distribución de recursos escasos. El presente informe sobre políticas ofrece dos razones convincentes para invertir en servicios neonatales: estas inversiones son clave para lograr objetivos de salud y desarrollo, y además forman parte de la protección de los derechos de los recién nacidos.

**La primera razón: el invertir en la salud y supervivencia de los recién nacidos ayuda a alcanzar objetivos de salud y desarrollo**

La comunidad internacional ha refrendado su compromiso de construir sobre los resultados alcanzados en las últimas décadas para lograr reducir aún más la mortalidad de bebés y niños, tanto a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como a través de la Sesión Especial sobre los Niños que la Asamblea General de las Naciones Unidas llevó a cabo en mayo de 2002<sup>4</sup>. Sin embargo, la reducción en la cantidad de muertes infantiles que ha tenido lugar durante los últimos 30 años ha tenido un impacto distinto sobre los recién nacidos, sobre los niños pequeños y sobre los niños en general. En muchos países, se ha observado una disminución, en términos generales, de las muertes infantiles, pero la cifra de muertes de recién nacidos no ha disminuido con la misma velocidad. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil de Bolivia se redujo en un 29% entre 1989 y 1998, pero la tasa de mortalidad neonatal de ese mismo país disminuyó sólo un 7% durante ese mismo período; la tasa de mortalidad infantil de Egipto disminuyó un 47% entre 1988 y 2000, pero la tasa de mortalidad neonatal se redujo solamente un 37%. Por ende, la mortalidad neonatal representa una proporción creciente de la mortalidad infantil en estos dos países (ver Figura 2). En promedio, la mortalidad neonatal representa el 40% de la mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo.

Los ODM tienen en cuenta aquellos indicadores que son necesarios para alcanzar un desarrollo socioeconómico sustentable. Una

reducción lenta de la mortalidad neonatal dificultaría el cumplimiento de esas metas. Los expertos en salud infantil afirman que el ODM que apunta a reducir la mortalidad de niños menores de 5 años a dos tercios de su valor actual no podrá alcanzarse a menos que la mortalidad neonatal se reduzca al menos a la mitad de su cifra actual, lo cual exigirá poner un mayor énfasis en medidas de efectividad demostrada y bajo costo para salvar la vida de los recién nacidos<sup>5</sup>. Este desafío es especialmente significativo en aquellos países en los que la mortalidad neonatal representa al menos un 50% de la mortalidad infantil. Dentro del conjunto de esos países, algunos tienen tasas de mortalidad infantil relativamente altas, como por ejemplo Togo, mientras que otros, como Vietnam, tienen tasas de mortalidad infantil relativamente bajas (ver Figura 3).

Si bien el gozar de una buena salud es un objetivo claramente deseable tanto para las familias como para los individuos, todavía no hay acuerdo acerca de si el invertir en salud tiene como resultado un mejoramiento en el desarrollo socioeconómico en general. En el año 2000, como parte del proceso de desarrollo e implementación de los ODM, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una Comisión sobre Macroeconomía y Salud para analizar la información proveniente de investigaciones ya realizadas acerca del rol de la salud en el desarrollo. El informe de esta Comisión de Macroeconomía y Salud ofrece una amplia reseña de la importancia de la cuestión de la salud en el proceso de desarrollo y menciona específicamente a las condiciones perinatales –aquellas que afectan a los fetos que tienen al menos 22 semanas de edad y a los niños durante su primera semana de vida– en su lista de enfermedades que pueden prevenirse, subrayando el hecho de que las enfermedades perinatales están asociadas con consecuencias que luego duran toda la vida<sup>6</sup>. Por ejemplo, casi un cuarto de los recién nacidos en países en desarrollo nace habiendo tenido un crecimiento insuficiente en

el útero, condición que está en gran parte determinada por el estado nutricional de la madre durante el embarazo<sup>7</sup>. Este menor crecimiento predispone a los niños a tener un menor peso corporal al nacer y a toda una serie de consecuencias que van desde un riesgo mayor de muerte hasta problemas durante su desarrollo, como por ejemplo problemas de concentración y atención y una carga mucho mayor de enfermedades durante toda su vida.

La reducción de la mortalidad neonatal es asimismo un componente importante de la transición demográfica de tasas altas a tasas bajas de fertilidad y mortalidad y a tasas sustentables de crecimiento poblacional. Históricamente, las familias han tendido a no limitar su fertilidad hasta que la mortalidad infantil comienza a declinar y pueden por ende estar más seguras de que sus hijos sobrevivirán. Las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad infantil y neonatal pueden por lo tanto ayudar a reducir la tasa de fertilidad general, un componente clave de la transición a un tamaño de población más sustentable.

### **Los costos sociales de las enfermedades y muertes neonatales**

La morbilidad y mortalidad neonatales tienen consecuencias socioeconómicas importantes, y muchas de las condiciones que contribuyen a la mortalidad neonatal causan asimismo discapacidades muy graves. Por ejemplo, por cada recién nacido que muere de asfixia (condición que ocurre cuando el recién nacido no recibe suficiente oxígeno antes, durante o inmediatamente después del parto), otro recién nacido padece alguna otra discapacidad de por vida, tal como epilepsia, parálisis cerebral o retardos en su desarrollo<sup>8</sup>. Los costos asociados con tales discapacidades someten a los sistemas de salud a enormes presiones, mientras que el atender y cuidar a niños discapacitados o enfermos representa una gran carga para las familias. La pérdida de los ingresos potenciales que esos niños podrían llegar a percibir agrava

aún más el ciclo de pérdidas y penurias que deben enfrentar las familias y las sociedades.

Si bien el costo económico de estos problemas de salud resulta difícil de estimar, ya que con frecuencia las muertes de recién nacidos no son reportadas a las autoridades, es de todas maneras posible demostrar la forma en que una mala salud neonatal y la mortalidad de los recién nacidos impactan en el desarrollo de los países. Los analistas de la Academia para el Desarrollo Educativo han utilizado un modelo realizado por computadora para predecir que la cifra de recién nacidos de Senegal que sufrirán discapacidades causadas por la asfixia y la falta de yodo será de 100.000 bebés entre el 2001 y el 2007<sup>9</sup>. Estas discapacidades tendrán como consecuencia una reducción en la contribución económica potencial que estos niños podrían hacer durante el resto de sus vidas del orden de US\$121 millones (en valores actuales), es decir, de US\$1210 por cada recién nacido. Ésta es, sobra decirlo, una pérdida decididamente importante para un país en el que el ingreso bruto nacional per capita es de US\$1480.

### **La segunda razón: respetar los derechos humanos de los recién nacidos**

*La Convención [sobre los derechos del niño]... funciona y su utilidad puede observarse en el uso diario que [se le] da [a esta Convención] en país tras país, en políticas, en la práctica y en la ley.*

—Carol Bellamy, directora ejecutiva, UNICEF<sup>10</sup>

Durante las últimas dos décadas, las Naciones Unidas han liderado a la comunidad global en el desarrollo y la implementación de un enfoque hacia la salud basado en derechos. Este enfoque contribuye a mejorar la salud de las personas haciendo a los gobiernos responsables de las obligaciones que contraen al firmar tratados y otros compromisos internacionales.

Casi todos los miembros de las Naciones Unidas han ratificado la Convención de los Derechos del Niño de 1989, y esto convierte a esta Convención en el instrumento de dere-

chos humanos más aceptado de la historia<sup>11</sup>. El artículo 24 que afirma que “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a acceder a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho a gozar de esos servicios sanitarios” describe el derecho de los niños de tener el estándar de salud más alto posible. Este texto no menciona explícitamente a los recién nacidos como un grupo aparte que tiene necesidades propias, pero el derecho a la atención de la salud de los recién nacidos está incluido implícitamente. Para cumplir los compromisos que este acuerdo incorpora, los gobiernos deben invertir específicamente en la atención de los recién nacidos como un componente específico de la atención de la salud maternal e infantil.

### **Cómo enfrentar la discriminación sexual**

El enfoque hacia la salud basado en los derechos humanos pone énfasis en corregir la discriminación sexual que puede socavar la salud tanto de las madres como de sus hijos, especialmente la salud de las niñas<sup>12</sup>. En muchos países, las mujeres tienen poca educación, una nutrición pobre, pocos recursos y un acceso inadecuado a servicios, como también un poder muy limitado de tomar sus propias decisiones<sup>13</sup>. Estas limitaciones basadas en el sexo afectan la supervivencia de los recién nacidos: la baja posición social de las mujeres tiene a veces como consecuencia una preferencia social por los hijos varones que trae aparejada una asignación desigual de recursos, tales como alimentos o atención de la salud. En la India, por ejemplo, las hijas mujeres son amamantadas por períodos más cortos que sus hermanos varones. En muchos casos las niñas recién nacidas reciben también una atención de salud de menor calidad que la que reciben los niños. En su forma más extrema, esta preferencia por los hijos varones tiene como

resultado el infanticidio y el aborto selectivo de hijas mujeres<sup>14</sup>.

Muchos gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) se encuentran trabajando a nivel local con las comunidades de distintos países para identificar estas limitaciones basadas en el sexo y desarrollar programas culturalmente adaptados para ayudar a la gente a tomar mejores decisiones acerca de su propia salud y acerca de la salud de sus recién nacidos. Por ejemplo, la Sociedad de Desarrollo Rural Bayalu Seeme, que lleva a cabo proyectos comunitarios con familias que viven en granjas del estado de Karnataka, en la India, ha desarrollado nuevas actividades para enfrentar aquellas limitaciones basadas en el sexo que las mujeres locales han detectado. Los grupos de mujeres han seleccionado ayudantes tradicionales para que éstos sean capacitados y han presionado a las autoridades de la salud para que provean servicios ginecológicos y una partera auxiliar que las visite con regularidad. Una evaluación de este proyecto mostró que la probabilidad de que las mujeres que habían participado en el mismo hayan tenido al menos tres visitas antes del parto y que hayan contado con la presencia de personal capacitado durante el parto era más alta que para aquellas mujeres que no habían participado en el proyecto. Esa misma evaluación encontró que era más probable que las mujeres que habían participado afirmen que tienen el derecho de tomar sus propias decisiones y de moverse con libertad fuera de su hogar, que participen en cuestiones políticas y protestas públicas, y que estén dispuestas a actuar contra situaciones de violencia doméstica<sup>15</sup>.

### **Políticas de desarrollo y programas para cubrir las necesidades específicas de los recién nacidos**

Los gobiernos de distintos países están comenzando a incluir las necesidades específicas de los recién nacidos en sus políticas nacionales de salud, en cumplimiento de la Convención

sobre los Derechos del Niño y otros compromisos internacionales. Si bien algunos de estos gobiernos han contemplado las necesidades de los recién nacidos en sus políticas de salud infantil, resulta mucho más probable que se ocupen de las cuestiones relacionadas con la salud de los recién nacidos en sus políticas de salud materna. Estas últimas, sin embargo, no siempre contemplan el hecho de que las necesidades de los recién nacidos se vuelven distintas de las necesidades de las madres a partir del momento del parto. Algunos países están desarrollando políticas que se ocupan específicamente de la salud de los recién nacidos; por ejemplo, la India, en el contexto de su nuevo Programa de Salud Reproductiva e Infantil, de cinco años de duración, planea incorporar intervenciones para mejorar la salud de los recién nacidos, entre ellas ofrecer instrucción acerca del cuidado de los recién nacidos en el hogar, fomentar que los nacimientos tengan lugar en instituciones y ofrecer atención para recién nacidos en centros de salud<sup>16</sup>. Nepal también se encuentra desarrollando una estrategia nacional de salud neonatal, basada en información obtenida a través de una evaluación reciente que permitió comprobar que las muertes de recién nacidos representan el 60% de la mortalidad infantil de ese país<sup>17</sup>.

La comunidad internacional de la salud también está prestando más atención al cuidado de los recién nacidos. Un grupo de organizaciones ha formado el Healthy Newborn Partnership (HNP), una iniciativa global cuyos miembros tienen por objetivo fomentar y promover acciones que mejoren la salud y la supervivencia de los recién nacidos<sup>18</sup>. Hay además planes de incorporar esta preocupación por la salud de los recién nacidos en el movimiento de maternidad segura. La Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health, que reconoce la fuerte relación que existe entre la salud de las madres y la salud de los recién nacidos, comenzará a actuar a fines de 2003. Esta asociación incorporará y continuará el

*Recuadro 1***El “método canguro” de cuidado maternal del Hospital Central de Zomba en Malawi**

En Malawi, el 20% de los recién nacidos tiene un bajo peso corporal. Con la ayuda de la Iniciativa “Saving Newborn Lives” de Save the Children, el Hospital central de Zomba, que atiende a más de tres millones de personas, ha desarrollado un programa simple y de bajo costo para proteger a estos recién nacidos. La técnica empleada en el hospital, llamada “método canguro”, ha contribuido también a mejorar la supervivencia de niños recién nacidos en Zimbabue<sup>1</sup>.

El “método canguro” consiste en colocar al recién nacido junto al pecho de la madre para que madre e hijo mantengan un contacto constante piel-a-piel. La regulación de la temperatura corporal en los recién nacidos es mucho menos efectiva que en los adultos, y los bebés con bajo peso corporal son aún más vulnerables a la pérdida de calor. En Malawi, esta pérdida de calor se agrava dado que no siempre se seca y abriga a los niños inmediatamente después del nacimiento, y a que a veces se los lava antes de darles de mamar. En aquellas regiones en las que las incubadoras son escasas, el “método canguro” ofrece una protección térmica natural para los recién nacidos y fomenta que se los amamante de manera inmediata y continua<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>N.J. Bergman y L.A. Jurisoo, *Tropical Doctor* 24, no. 2 (1994): 57-60; y R. Kambarami, O. Chidede y D.T. Kowo, *Annals of Tropical Paediatrics* 18, no. 2 (1998): 81-86.

<sup>2</sup>Saving Newborn Lives, *State of the world's newborns* (Washington, DC: Save the Children, 2001).

trabajo realizado por el Safe Motherhood Inter-Agency Group, que viene trabajando en el mejoramiento de la supervivencia materna desde 1987<sup>19</sup>.

El compromiso de los donantes bilaterales con los recién nacidos también está creciendo. El Departamento de Desarrollo Internacional de Gran Bretaña y la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) se encuentran colaborando con la OMS y con Save the Children en el desarrollo de herramientas que sirvan a los legisladores de países con tasas altas de mortalidad neonatal en la elaboración de estrategias que contribuyan a mejorar la salud de los recién nacidos.

### **Intervenciones para la atención de la salud de los recién nacidos**

La implementación de políticas y protocolos que está teniendo lugar actualmente se traduce

en servicios de salud neonatal, y hay un número creciente de programas que se encuentran trabajando para salvar las vidas de los recién nacidos que pueden servir a otros países como modelos a seguir. En Malawi, por ejemplo, se utiliza una técnica muy simple de contacto piel-a-piel, llamada “método canguro”, que permite mantener la temperatura de los recién nacidos y mejora las probabilidades de supervivencia de los niños nacidos con bajo peso corporal (ver Recuadro 1). La iniciativa Saving Newborn Lives recomienda que se implemente una serie de intervenciones de efectividad demostrada y de bajo costo que pueden ser incorporadas a servicios de atención de salud ya existentes<sup>20</sup>.

Estas intervenciones no son necesariamente costosas; en los países más desarrollados, las tasas de mortalidad neonatal y perinatal disminuyeron mucho antes de que existieran las unidades de terapia intensiva neonatal. Esta disminución se debió, por el contrario, a intervenciones de bajo costo, tales como el uso de antibióticos y una mejor atención de rutina de las madres y los recién nacidos. Hoy en día, la OMS calcula que un paquete esencial de servicios de atención de salud neonatal y materna costaría sólo US\$3 por persona por año<sup>21</sup>. Existe, asimismo, un proyecto implementado en la India que aprovecha los recursos locales para lograr resultados positivos a un costo muy bajo: la evaluación de ese proyecto demostró que el costo de la intervención fue de US\$0,20 por persona (US\$5,00 por cada recién nacido)<sup>22</sup>.

### **Desafíos**

Los desafíos políticos y financieros que es necesario enfrentar para proteger la salud de los recién nacidos son considerables. Los índices de mortalidad neonatal más alta se dan en los países más pobres del mundo y en las poblaciones más pobres de cada país. En la Figura 4 puede verse que los grupos de población más pobres tienen tasas de mortalidad neonatal significati-

vamente más altas que las que se observan en los grupos más ricos, lo cual refleja las diferencias considerables que existen entre estos dos grupos en sus respectivas posibilidades de acceder a servicios. Por ejemplo, sólo un 20% de las mujeres más pobres de Bolivia recibieron atención de personal capacitado durante el parto, en comparación con el 98% de las mujeres más ricas; en la India, el 12% del grupo más pobre recibió atención de parto capacitada, en comparación con una cifra del 89% para el grupo más rico<sup>23</sup>.

Las intervenciones que salvan vidas de recién nacidos dependen de tres factores:

■ **Un sistema de salud funcional y sustentable.**

En muchos casos esto implica la reasignación de recursos existentes para mejorar la calidad de la atención a los recién nacidos y reforzar el vínculo de ésta con los servicios de atención maternal, en lugar de realizar nuevas inversiones en el sistema.

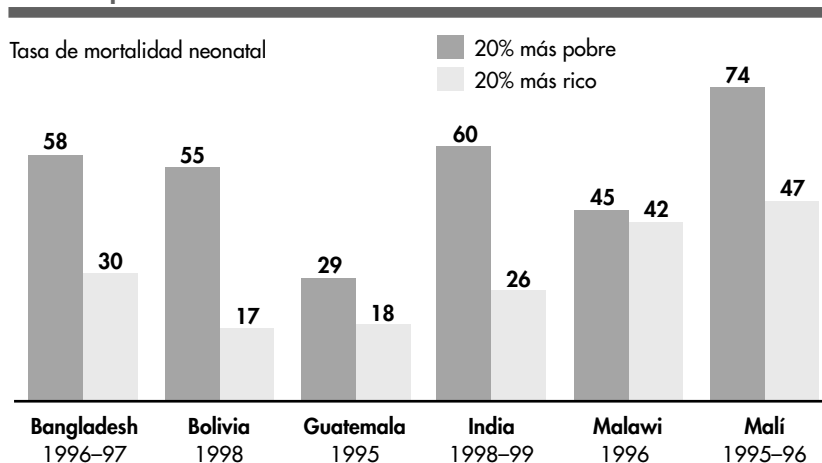
■ **Planeamiento a nivel local.** Muchos países tienen estrategias descentralizadas de planeamiento y asignación de recursos. Por lo tanto, es necesario que los legisladores locales y regionales estén al tanto de la mortalidad neonatal en sus respectivas comunidades como también de los costos y la factibilidad de las distintas opciones de atención<sup>24</sup>.

■ **Mejorar las prácticas domésticas.** Aproximadamente un 60% de los nacimientos que tienen lugar en los países menos desarrollados ocurren en los hogares, de manera que es importante que los padres reciban instrucción acerca de qué pueden hacer para salvar las vidas de sus hijos recién nacidos<sup>25</sup>. Es asimismo necesario que las familias adopten mejores prácticas nutricionales, entre ellas el amamantamiento; que aprendan a mantener a sus recién nacidos secos y a una temperatura deseable; y que aprendan a reconocer las señales de peligro que podrían estar indicando complicaciones maternas y neonatales.

El salvar la vida de los recién nacidos depende de una coalición de base amplia que

Figura 4

**Tasas de mortalidad neonatal para los grupos más pobres y más ricos de países seleccionados**



FUENTE: ORC Macro, Encuestas demográficas y de salud. Análisis realizado por Shea Rutstein.

incluya a donantes y organizaciones internacionales que puedan ofrecer políticas y financiamiento, gobiernos que estén dispuestos a incrementar su compromiso con los servicios de atención de la salud tanto a nivel local como nacional, y a ONG y organizaciones de base que puedan trabajar codo a codo con las comunidades para transmitirles la información que les permita salvar a sus recién nacidos

Los elementos esenciales de la atención de los recién nacidos son bien conocidos; el desafío que el mundo enfrenta actualmente es la decisión de hacer las inversiones necesarias para implementarlos.

**Referencias**

- <sup>1</sup>Gro Harlem Brundtland, "Plenary address" (presentado en la Sesión especial acerca de los niños de la Asamblea General de las Naciones Unidas, New York, 9 de mayo de 2002).
- <sup>2</sup>Anne Tinker, "Integrating essential newborn care into health systems" (presentación realizada ante el Banco Mundial, Washington, DC, 16 de septiembre de 2002).
- <sup>3</sup>Anne Tinker y Elizabeth Ransom, "Madres sanas y bebés sanos: la conexión vital" (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002).
- <sup>4</sup>Organización de las Naciones Unidas, "Millennium development goals", consultado en línea en [www.un.org/millenniumgoals](http://www.un.org/millenniumgoals), el 27 de febrero de 2003; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "United Nations: special session on children", consultado en línea en

www.unicef.org/specialsession/about/world-summit.htm, el 27 de febrero de 2003.

<sup>5</sup>Healthy Newborn Partnership (HNP), “Newborn survival: time for action” (Washington, DC: Save the Children, 2002).

<sup>6</sup>Comisión sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomics and health: investing in health for development*, consultado en línea en [www3.who.int/whosis/cmh/cmh\\_report/e/pdf/001-004.pdf](http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/pdf/001-004.pdf), el 27 de febrero de 2003.

<sup>7</sup>Comité Administrativo sobre Coordinación (ACC)/Subcomité sobre Nutrición (SCN) del Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), *Fourth report on the world nutrition situation: nutrition throughout the life cycle* (Ginebra : ACC/SCN, 2000).

<sup>8</sup>Saving Newborn Lives, *State of the world's newborns*, consultado en línea en [www.savethechildren.org/mothers/newborns\\_report.html](http://www.savethechildren.org/mothers/newborns_report.html), el 27 de febrero de 2003.

<sup>9</sup>Este análisis fue preparado para la iniciativa “Saving Newborn Lives” de Save the Children por el Centro de Políticas de Salud y Desarrollo de Capacidades de la Academia para el Desarrollo Educativo (AED) con el apoyo del Departamento de África de USAID, dentro del contexto del proyecto SARA (Support for Analysis and Research in Africa).

<sup>10</sup>Carol Bellamy, “Statement to the UNICEF executive board” (discurso pronunciado en septiembre de 1998).

<sup>11</sup>UNICEF, “Convención sobre los derechos del niño”, consultado en línea en [www.unicef.org/crc/crc.htm](http://www.unicef.org/crc/crc.htm), el 27 de febrero de 2003.

<sup>12</sup>Interagency Gender Working Group (IGWG), Subcomité de Investigación e Indicadores, “Research gaps related to gender issues and population, health, and nutrition programs: an analysis” (Washington, DC: IGWG, 2000).

<sup>13</sup>Nancy J. Piet-Pelon, Ubaidur Rob y M.E. Khan, *Men in Bangladesh, India and Pakistan: reproductive health issues* (Dhaka, Bangladesh: Karshaf Publishers, 1999).

<sup>14</sup>Anne Tinker, “Improving women’s health in India”, *Development in practice series* (Washington, DC: Banco Mundial, 1996); y Instituto Internacional de Ciencias de la Población (IIPS) y ORC Macro, *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-99: India* (Mumbai, India: IIPS, 2000).

<sup>15</sup>Catharine McKaig, “Evaluating an integrated reproductive health program: India case study” (Oklahoma City, Oklahoma: World Neighbors, 2002).

<sup>16</sup>Vinod Paul, comunicación personal, 14 de enero de 2003.

<sup>17</sup>ORC Macro, *2002 Demographic and Health Survey, Nepal* (Calverton, MD: ORC Macro, 2002); y Save the Children, *State of the world's newborns: Nepal* (Kathmandu, Nepal: Save the Children, 2002).

<sup>18</sup>Entre los miembros de HNP figuran Save the Children -que cumple el rol de secretario- el Departamento para Desarrollo Internacional, USAID, UNICEF, FNUAP, el Banco Mundial, la OMS, la Asociación Pediátrica Internacional, la Confederación Internacional de Parteras, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología y Women and Children First. Para obtener más información acerca de la HNP, tenga a bien enviar un e-mail a [HNP@dc.savethechildren.org](mailto:HNP@dc.savethechildren.org).

<sup>19</sup>Maria T. Nagorski, “Partnership for safe motherhood and newborn health, conference report” (Londres, 6-7 de febrero de 2002). Para obtener más información acerca de la Iniciativa de Maternidad Segura, tenga a bien visitar el siguiente sitio web: [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org).

<sup>20</sup>Tinker, “Integrating essential newborn care into health systems”; y William Moss y otros autores, “Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities”, *Journal of Perinatology* 22, no. 6 (2002): 484-95.

<sup>21</sup>OMS, *Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries*, consultado en línea en: [www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_94\\_11/MSM\\_94\\_11\\_table\\_of\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_11/MSM_94_11_table_of_contents.en.html), el 27 de febrero de 2003.

<sup>22</sup>Abhay T. Bang, “Reducing neonatal mortality at the community level” (presentación realizada en la Fundación Bill y Melinda Gates, el 18 de septiembre de 2002); y Abhay T. Bang y otros autores, “Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India”, *Lancet* 354, no. 9194 (1999): 1955-61.

<sup>23</sup>Anne Tinker, Kathleen Finn y Joanne Epp, *Improving women’s health: issues and interventions* (Washington, DC: Banco Mundial, 2000).

<sup>24</sup>Joy Lawn, *The healthy newborn: a reference manual for program managers*, consultado en línea en [www.cdc.gov/nccddphp/drh/health\\_newborn.htm](http://www.cdc.gov/nccddphp/drh/health_newborn.htm), el 27 de febrero de 2003.

<sup>25</sup>OMS, *Coverage of maternity care: a listing of available information*, 4th ed. (Ginebra: OMS, 1997).

## Agradecimientos

Este informe es el segundo de la serie “Perspectivas de políticas sobre la salud de los recién nacidos”, producida en colaboración por el Population Reference Bureau y la Iniciativa “Saving Newborn Lives” de Save the Children. Esta serie, dirigida a funcionarios gubernamentales del poder ejecutivo y profesionales de la salud, muestra cómo el incorporar la atención de los recién nacidos en programas ya existentes de maternidad y supervivencia infantil puede asegurar la supervivencia de los recién nacidos, como también contribuir a mejorar la salud de las mujeres y el bienestar de las próximas generaciones. La iniciativa “Saving Newborn Lives”, que fue lanzada gracias a la generosa contribución de la Fundación Bill y Melinda Gates, es una iniciativa de 15 años de duración cuyo objetivo es mejorar la salud y la supervivencia de los recién nacidos en el mundo en vías en desarrollo.

Este informe fue preparado por Nancy V. Yinger y Elizabeth I. Ransom del Population Reference Bureau (PRB). Las ilustraciones fueron realizadas por Haruna Kashiwase y Erin Sines. Agradecemos especialmente a las siguientes personas que revisaron este informe: Lori Ashford, Robin Bell, Liz Creel, Patricia Daly, Sarah Hall, Joy Lawn, Vinod Paul, Elisabeth Sommerfeld, Anne Tinker y Eva Weissman. La edición del texto estuvo a cargo de Kathleen Maguire y el diseño de este documento fue realizado por Tara Hall.

© Julio 2003, Population Reference Bureau



Saving Newborn Lives, Save the Children  
2000 M Street, NW, Suite 500  
Washington, DC 20036 EE.UU.  
Tel.: 202-293-4170 ■ Fax: 202-293-4167  
Sitio web: [www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org)

**POPULATION REFERENCE BUREAU**  
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU.  
Tel.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ E-mail: [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)  
Sitio web: [www.prb.org](http://www.prb.org)

