

# DECLARACIÓN CONJUNTA OMS/UNICEF



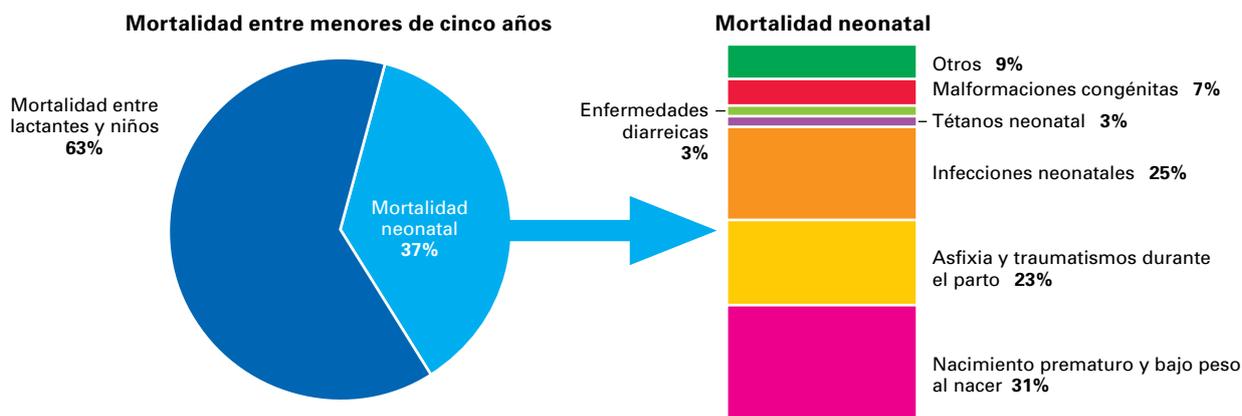
## Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia

Cada año mueren alrededor de 3,7 millones de recién nacidos durante las primeras cuatro semanas de vida (estimaciones de 2004). La mayoría de esos niños nace en países en desarrollo y muere en casa. Hasta dos terceras partes de esas defunciones podrían prevenirse si las madres y los recién nacidos fueran objeto de intervenciones de eficacia comprobada (1). La puesta en marcha de una estrategia que promueva el acceso universal a la atención prenatal, a la asistencia al parto especializada y a la atención postnatal y puerperal tempranas contribuiría a reducir de manera sostenida la mortalidad materna y neonatal.

Si bien tanto la madre como el recién nacido necesitan atención durante el periodo inmediato al nacimiento, la presente declaración se centra en la asistencia al recién nacido y en los datos de que se dispone en esa materia (2).\* Los estudios realizados muestran que las intervenciones que se basan en la atención domiciliar al recién nacido pueden prevenir entre el 30 y el 60 por ciento de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada, en situaciones bajo control (3–7). Así pues, la OMS y el UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos.

FIGURA 1

### Causas de mortalidad neonatal



Fuente: *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.

Casi el 40 por ciento de las defunciones en menores de 5 años se produce durante los 28 primeros días de vida (periodo neonatal). Hay tres causas que por sí solas dan cuenta del 80 por ciento de esas muertes (8), a saber, infecciones, asfixia y nacimiento prematuro (figura 1). Además, un lactante que nazca con insuficiencia ponderal, sobre todo si es prematuro, correrá un mayor riesgo de morir o enfermar que otros recién nacidos.

Un principio esencial en que ha de basarse todo programa de salud para la madre, el recién nacido y el niño es la "continuidad de la atención". Esta expresión tiene dos significados: la continuidad en el ciclo de la vida desde la adolescencia y el periodo previo al embarazo, el embarazo, el parto y el periodo neonatal (figura 2), y la continuidad de la prestación

de atención desde el hogar y la comunidad hasta el centro de salud y el hospital, y de nuevo al domicilio y la comunidad. La atención especializada durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal previene complicaciones en la madre y el recién nacido, y permite su detección temprana y manejo apropiado.

El 75 por ciento de todas las muertes neonatales se produce durante la primera semana de vida, y entre el 25 y el 45 por ciento durante las primeras 24 horas (figura 3) (9). Es en ese periodo donde también se produce la mayoría de las defunciones maternas. El 47 por ciento de todas las madres y recién nacidos de los países en desarrollo no recibe atención especializada durante el parto (10), y el 72 por ciento de todos los niños que nacen fuera de un entorno hospitalario no recibe ningún tipo de atención postnatal (11). He ahí grandes deficiencias en la continuidad de la atención.

Incluso en los casos en que el parto tiene lugar en un establecimiento de salud, en muchos entornos las madres y los recién nacidos son dados de alta

\* La presente declaración se centra en la atención al recién nacido. En este documento, se entiende por recién nacido los niños menores de cuatro semanas de edad. La atención a la madre se trata en otros documentos de la OMS, el UNICEF y el UNFPA.

FIGURA 2

## El ciclo vital y la prestación de atención como un proceso continuo

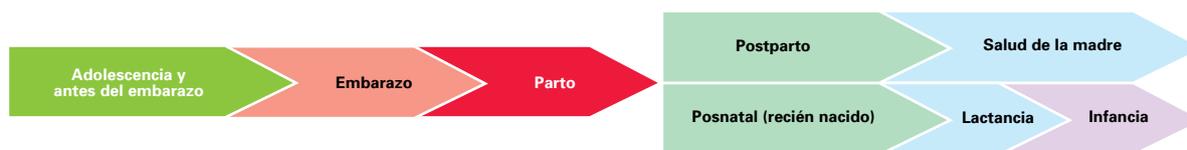
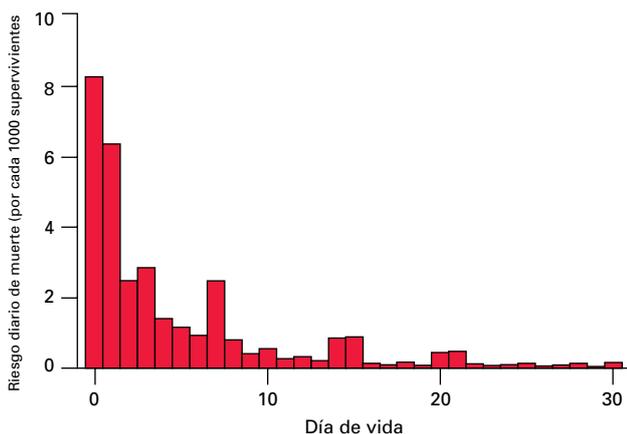


FIGURA 3

## Riesgo diario de muerte durante el primer mes de vida



Fuente: Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? [Cuatro millones de muertes neonatales: ¿cuándo?, ¿dónde? ¿por qué?] *Lancet* 2005; 365:891-900. (Basado en 47 encuestas demográficas y de salud realizadas entre 1995 y 2003).

a las pocas horas de dar a luz, y no vuelven a tener contacto con un proveedor de asistencia sanitaria hasta la sexta semana después del parto con la visita de vacunación. Los partos en el hogar plantean todavía más problemas a la hora de prestar atención sanitaria a las madres y los recién nacidos durante las importantes horas y días posteriores al parto. Esto podría resolverse mediante la introducción de visitas domiciliarias como estrategia complementaria a la prestación de atención postnatal en los establecimientos de salud, con el fin de aumentar la cobertura de la atención e incrementar la supervivencia del recién nacido.

## Visitas domiciliarias de atención al recién nacido

La OMS y el UNICEF recomiendan que la prestación de atención sea realizada por un asistente competente especializado durante el parto y en los momentos inmediatamente posteriores a éste, cualquiera sea el lugar donde el nacimiento ocurra. Las mujeres que dan a luz en un establecimiento sanitario y sus recién nacidos deben tener una evaluación sobre posibles problemas y deberá dárseles una cita para regresar al establecimiento un día concreto y recibir atención postnatal complementaria, aun cuando todo vaya bien; también se ha de aconsejar que regresen inmediatamente en cuanto noten cualquier signo de peligro (12). La recomendación para las mujeres que

dan a luz en su domicilio sin atención especializada, y donde la atención profesional continua no está garantizada, es que procuren obtener asistencia postnatal tan pronto como sea posible tras el parto (12). Muchas madres no pueden seguir esta recomendación debido a la presencia de barreras económicas, sociales o de otro tipo. La cobertura de la atención postnatal en las 24 horas siguientes al nacimiento en este grupo únicamente alcanza el 13 por ciento (11).

**Fundamentos científicos:** varios estudios llevados a cabo en Bangladesh, India y Pakistán han mostrado que las visitas domiciliarias pueden reducir entre el 30% y el 61% de las muertes en recién nacidos en países en vías de desarrollo, en entornos de mortalidad elevada. Las visitas han mejorado la cobertura de prácticas clave de atención neonatal tales como el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva, el contacto piel a piel, el retraso del primer baño y el prestar atención a la higiene, como por ejemplo lavarse las manos con agua y jabón y realizar la curación del cordón umbilical en condiciones higiénicas. Estos resultados complementan la experiencia en países desarrollados que ha mostrado que las visitas domiciliarias postnatales son eficientes para mejorar las tasas de lactancia y las habilidades para la crianza de los hijos.

**Recomendación:** La visita domiciliaria tras el parto es una estrategia que permite aplicar los elementos eficaces de la atención de los recién nacidos y aumentar la supervivencia neonatal. Esta estrategia ha mostrado resultados positivos en entornos con alta mortalidad al reducir la mortalidad neonatal y mejorar las prácticas de la atención del recién nacido.

## ¿Cuándo deben realizarse las visitas domiciliarias?

**Fundamentos científicos:** Por ahora, no se ha definido ninguna recomendación fundamentada científicamente sobre el momento oportuno y el número óptimo de contactos de los servicios de salud con el recién nacido. Ahora bien, los primeros días de vida son decisivos, pues la mayoría de las defunciones neonatales se produce durante ese periodo: entre 25% y 45% ocurre en las primeras 24 horas y más del 50 por ciento de éstas ocurre durante las primeras 48 horas (9). La mayoría de las muertes neonatales que se produce a partir de las 48 horas podría prevenirse, si se prestara atención adecuada al recién nacido desde el momento en que nace. Todos los estudios que apoyan esta aseveración incluyen visitas domiciliarias el primer y tercer día de vida para asegurarse de que hay contacto postnatal y contribuir a mejorar la atención. Los datos del estudio de Bangladesh revelan que los recién nacidos que fueron visitados en el

hogar en las primeras 48 horas siguientes al parto registraron una mortalidad posterior menor que los que recibieron visitas domiciliarias más adelante. Por lo general, también se reconoce que la asistencia a la lactancia materna es decisiva durante los primeros días de vida.

**Recomendación:** En el caso de todos los partos en el hogar, se recomienda una visita a un establecimiento de salud para recibir atención postnatal lo antes posible. La OMS y el UNICEF recomiendan que se realicen al menos dos visitas domiciliarias para todos los partos domiciliarios: la primera en las primeras 24 horas después del nacimiento y la segunda visita en el día 3. Si fuera posible, deberá realizarse una tercera visita antes de que finalice la primera semana de vida (séptimo día).

En el caso de los lactantes nacidos en establecimientos sanitarios, la primera visita domiciliaria debe hacerse lo antes posible una vez que la madre y el lactante regresen a casa. Las visitas restantes habrán de seguir la misma pauta que en el caso de los partos en el hogar.

## ¿Qué debe hacerse durante una visita domiciliaria?

**Fundamentos científicos:** Las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto que las familias tienen dificultad para reconocer los signos de enfermedades neonatales graves, en particular durante la primera semana de vida, y de encontrar asistencia adecuada. Otros estudios han revelado que las visitas domiciliarias ayudan a las familias a detectar rápidamente problemas en el recién nacido y a afrontar las dificultades ligadas a la búsqueda de la atención de salud apropiada. También se ha puesto de relieve que las visitas domiciliarias contribuyen a promover prácticas que permiten mantener al lactante caliente, así como a fomentar la lactancia materna exclusiva y su iniciación inmediata, y una mayor higiene.

**Recomendación:** La atención básica de salud para el recién nacido ha de incluir la promoción y el apoyo de la lactancia materna inmediata y exclusiva; prácticas para mantener al bebé caliente; medidas para fomentar el aumento del lavado de manos, y el cuidado higiénico del cordón umbilical y la piel; métodos para detectar situaciones que exijan atención complementaria y asesoramiento respecto de cuándo hay que llevar al recién nacido a un establecimiento de salud (véase el recuadro infra). Durante las visitas domiciliarias, debe examinarse a la madre y al recién nacido, a fin de detectar cualquier signo de peligro. Al mismo tiempo, es preciso orientar a las familias sobre cuáles son esos signos y la necesidad de acudir inmediatamente a los servicios de salud, en caso de que uno o más estén presentes.

## Situaciones especiales

Los **lactantes con bajo peso al nacer**, en particular los que nacen antes de llegar a término, necesitan atención complementaria para sobrevivir y estar sanos. Necesitan más ayuda para mantenerse calientes, iniciar de forma inmediata la lactancia materna exclusiva y evitar las infecciones. Los recién nacidos con bajo peso al nacer, estables desde el punto de vista clínico, que reciben lactancia materna exclusi-

## Atención al recién nacido durante las visitas domiciliarias en la primera semana de vida

- Promover y apoyar la lactancia materna inmediata (en la primera hora de vida) y exclusiva.
- Ayudar a mantener caliente al recién nacido y fomentar el contacto corporal directo.
- Promover el cuidado higiénico del cordón umbilical y la piel.
- Evaluar los signos de peligro, explicar cómo reconocerlos y asesorar a la familia sobre cuándo acudir a los servicios de salud (no se alimenta adecuadamente, manifiesta una actividad escasa, tiene dificultades para respirar, tiene fiebre, al tocarlo está frío o tiene convulsiones).
- Fomentar el registro de nacimientos y la vacunación puntual con arreglo a los calendarios nacionales.
- Detectar a los recién nacidos que necesitan atención complementaria y prestarles asistencia (por ejemplo, bajo peso al nacer, enfermedad, madre infectada por el VIH).<sup>a</sup> Si es viable, administrar tratamiento domiciliario, en caso de infecciones locales y determinados problemas de alimentación.

## Atención a las madres durante las visitas domiciliarias<sup>a</sup>

- Preguntar sobre el bienestar de la madre.
- Preguntar si ha habido sangrado excesivo, dolor de cabeza, fiebre, sensación de mucha debilidad, dificultad para respirar, flujo nauseabundo, micción dolorosa, o dolor abdominal o perineal severo. Si ella refiere alguno de estos síntomas, transferirla a un establecimiento de salud.
- Preguntar si ha habido mamas o pezones enrojecidos o dolorosos, atender los problemas relacionados con la lactancia si fuera posible, o transferir a un establecimiento de salud
- Dar orientación acerca de los signos de peligro en la madre y el recién nacido y aconsejar sobre el lugar donde pueden acudir para recibir atención inmediata, en caso necesario.
- Favorecer el espaciamiento de los embarazos y ofrecer asesoramiento sobre nutrición.

<sup>a</sup> La prestación de estas intervenciones deberá ser brindada por personal de salud debidamente capacitado y supervisado. Si las visitas domiciliarias son realizadas por una partera o otro profesional capacitado, la atención de la madre debe incluir intervenciones adicionales según lo recomendado en los lineamientos de la OMS para la atención integrada del embarazo y el parto, *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for Essential practice* [Atención del Embarazo, Parto, Postparto y del Recién Nacido].

va y calor a través del contacto corporal directo con la madre sufren menos infecciones, se alimentan bien y ganan peso más rápidamente que aquellos que reciben atención en incubadoras. Además de la asistencia postnatal que se presta a todos los recién nacidos, en el caso de aquellos con bajo peso al nacer deberá hacerse lo siguiente:

- Prestar más atención a que el recién nacido se mantenga caliente, en particular mediante el contacto corporal directo con la madre.
- Prestar ayuda para el inicio de la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento. Ello puede suponer ayudar a la madre a extraer su propia leche para alimentar al recién nacido con una taza, si éste no es suficientemente fuerte para succionar del pecho. Si el lactante rechaza la alimentación con taza, deberá llevarse a un hospital.
- Prestar atención especial a la higiene, en particular al lavado de manos;
- Prestar atención especial a cualquier signo de peligro y acudir inmediatamente a los servicios de salud para ser derivado al especialista si corresponde;
- Prestar asistencia complementaria para favorecer la lactancia materna y vigilar el crecimiento.

Los **recién nacidos enfermos** necesitan tratamiento urgente para evitar su muerte. El tratamiento de infecciones locales y de algunos problemas nutricionales puede administrarse en un establecimiento sanitario o en el domicilio. Hay que apoyar a las familias de los recién nacidos a quienes se ha diagnosticado una enfermedad grave durante una visita domiciliaria para que busquen atención hospitalaria o en centros de salud. En los casos en que no sea posible derivar al lactante a un hospital, deberá ofrecerse tratamiento con inyecciones antibióticas en régimen ambulatorio en establecimientos sanitarios de primer nivel. Un estudio realizado en una comunidad nepalí, donde la mayoría de las familias no podía ser derivada a un hospital, reveló que el hecho de determinar la existencia de una enfermedad grave, la administración de antibióticos orales por agentes de salud comunitarios y la posibilidad de que los pacientes pudieran acudir a un centro de salud para que se les administrasen inyecciones antibióticas a diario por un profesional sanitario, contribuyó considerablemente a mejorar el acceso a tratamiento. Estudios realizados en Bangladesh y la India en zonas con escaso acceso a establecimientos de salud han utilizado con buenos resultados agentes de salud comunitarios capacitados y bien supervisados para poner inyecciones antibióticas a domicilio. Esto, unido a otras intervenciones, ha dado lugar a un descenso significativo de la mortalidad bajo condiciones controladas. Para que la OMS y el UNICEF puedan recomendar la inclusión de estas estrategias en los programas, se deben evaluar en profundidad la seguridad y la sostenibilidad a largo plazo de las mismas mediante estudios realizados en entornos habituales.

Los **recién nacidos de madres infectadas por el VIH** necesitan atención especial. Para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño y reforzar el continuo de atención, se debe brindar información y apoyo a las madres a fin de permitir que las mujeres infectadas con el VIH y sus recién nacidos puedan tener acceso a servicios de atención adicionales en el centro de salud. Los servicios adicionales incluyen, por ejemplo, la profilaxis antirretroviral de las madres y los recién nacidos, la administración de tratamiento antirretroviral de por vida para las madres cuando esté indicado, los servicios de

consejería y apoyo a la alimentación del lactante, las pruebas del VIH y la atención a los bebés expuestos a éste, incluida la profilaxis frente a infecciones oportunistas, y el tratamiento antirretroviral cuando esté indicado. Los agentes de salud comunitarios han de ser especialmente conscientes de cuáles son los problemas relacionados con la alimentación del lactante, para poder promover y apoyar prácticas alimentarias adecuadas, y entender que muchos recién nacidos infectados por el VIH nacen de forma prematura y son más susceptibles de padecer infecciones.

## ¿Quién puede realizar las visitas domiciliarias?

La atención postnatal debe ser realizada por personal sanitario competente. Además, este personal es el mejor preparado para la realización de visitas domiciliarias de atención al recién nacido. Ellos pueden realizar todas las tareas esenciales para prestar atención preventiva y curativa. En muchos entornos, esta opción no es factible debido, por ejemplo, a la escasez de personal sanitario capacitado, falta de transporte, o una carga laboral de tal magnitud que impide a los profesionales de salud realizar visitas domiciliarias en el momento oportuno y de forma repetida. En tales contextos, muchas de las tareas básicas para la atención al recién nacido pueden ser llevadas a cabo por profesionales sanitarios auxiliares calificados o por agentes comunitarios de salud capacitados, que formen parte del sistema de prestación de atención sanitaria o estén vinculados a éste. A continuación figuran algunos ejemplos de profesionales que trabajan en programas oficiales en curso a quienes se les ha encomendado la responsabilidad de realizar visitas domiciliarias de atención al recién nacido:

- **Parteras comunitarias en Indonesia:** Más de las dos terceras partes de los partos de Indonesia están asistidos por matronas cualificadas y un porcentaje importante por parteras comunitarias (*bidan di desas*). El cometido de esas parteras es prestar atención a la madre y al recién nacido a través de visitas domiciliarias de seguimiento.
- **Agentes comunitarios del programa de atención integrada a las enfermedades neonatales y de la infancia (IMNCI) de la India:** La India ha adaptado la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para incluir atención complementaria a la salud del recién nacido, red denominándola IMNCI. La estrategia incluye visitas domiciliarias postnatales por agentes de aldea (agentes anganwadi y, en algunos lugares, por el cuadro recientemente creado en la ASHA).
- **Trabajadoras sanitarias voluntarias de la comunidad en Nepal:** En Nepal se han utilizado trabajadoras sanitarias voluntarias de la comunidad en programas piloto para prestar atención domiciliaria a las madres y los recién nacidos. Esas voluntarias forman parte de la comunidad a la que atienden y en este momento ayudan en las labores de inmunización, distribución de vitamina A y tratamiento de la diarrea y la neumonía. Se ha formulado una estrategia nacional para

extender la atención domiciliaria al recién nacido. El programa de atención al recién nacido ofrecerá la presencia de una trabajadora voluntaria de salud durante el parto, quien realizará visitas domiciliarias al tercer y séptimo días del nacimiento con el fin de promover prácticas saludables, determinar la existencia de alguna enfermedad y coordinar su tratamiento.

- **Asistentes para la vigilancia de la salud en Malawi:** Como parte de una estrategia destinada a incorporar y extender de forma gradual las visitas domiciliarias al recién nacido, se está capacitando a asistentes de vigilancia de la salud en seis distritos para que realicen visitas domiciliarias durante el embarazo e inmediatamente después del parto, con el fin de mejorar las prácticas de atención a la madre y al recién nacido, y sensibilizar acerca de los signos de peligro y la necesidad de acudir a los servicios de salud cuanto antes.
- **Agentes para la promoción de la salud en Etiopía:** Esos agentes prestan un conjunto de servicios básicos de atención sanitaria y están asistidos por voluntarios de la comunidad en la realización de numerosas actividades destinadas a promover la salud. Al igual que en los demás casos, esos agentes sanitarios y trabajadores voluntarios de atención directa se utilizan para prestar asistencia domiciliaria a la madre y el recién nacido, tras haber sido debidamente capacitados.

### Componentes del programa necesarios para aplicar la estrategia de visitas domiciliarias al recién nacido

- Adoptar la política de ofrecer visitas domiciliarias de atención al recién nacido durante la primera semana de vida.
  - Identificar el mejor canal para prestar atención postnatal domiciliaria basándose en información de costo-eficiencia y sostenibilidad.
  - Evaluar el nivel actual y la distribución del personal y sus competencias para prestar los servicios y la atención requeridos para la supervivencia neonatal.
  - Según sea lo apropiado, adoptar la estrategia de brindar visitas domiciliarias al recién nacido en la primera semana de vida por medio de agentes de salud comunitarios. Esta estrategia debe ser complementaria a la atención en los servicios y en el hogar por medio de trabajadores sanitarios calificados; si fuera necesario, modificar el marco legal y de reglamentos para que los agentes de salud comunitarios puedan prestar atención postnatal.
  - Contratar, capacitar y desplegar al personal de salud adecuado, incluidos agentes comunitarios, para la prestación de atención al recién nacido mediante visitas domiciliarias después del parto.
  - Garantizar el desarrollo profesional y la motivación constantes del personal, en particular de los agentes de salud comunitarios.
- Reforzar el sistema de salud a fin de apoyar al personal sanitario para que presten servicios de atención neonatales, incluida la regularidad de los suministros, y los mecanismos de supervisión y derivación de pacientes.
  - Apoyar la labor de comunicación dirigida a sensibilizar a la comunidad y promover la participación en la prestación de atención postnatal.

### Recomendaciones para los países

1. Todos los recién nacidos deben recibir atención neonatal apropiada, especialmente en las primeras horas y la primera semana de vida, cuando son más vulnerables. Se debe prestar servicios y atención adicionales para situaciones especiales tales como bajo peso al nacer, infección por VIH de la madre y enfermedades neonatales.
2. Cada país ha de analizar las normas y las prácticas existentes en materia de atención al embarazo, el parto y el periodo postnatal, incluyendo el parto en establecimientos de salud, el alta de los mismos tras el parto y la posible función de las visitas domiciliarias para mejorar la supervivencia neonatal.
3. En los lugares donde el acceso a atención especializada en establecimientos de salud es limitado, se recomienda un programa de visitas domiciliarias. La designación de personal de salud a dichos programas dependerá del nivel actual de distribución del personal, sus competencias para prestar este servicio y la disponibilidad de suministros y supervisión. Cuando los trabajadores de salud capacitados no están disponibles, los países deben analizar la participación potencial de los trabajadores comunitarios de salud en la atención a las madres y los recién nacidos en las primeras horas y días después del nacimiento.
4. El contenido de un programa de visitas domiciliarias dependerá de la disponibilidad de la atención especializada en el embarazo, parto y periodo postnatal en el contexto específico.
  - a. En el caso de los partos que tienen lugar en establecimientos de salud, antes del alta hay que realizar reconocimientos repetidos a la madre y al recién nacido, y proporcionar asesoramiento (prácticas en los cuidados, signos de peligro, etc.); además hay que convenir con la madre y a su hijo en una fecha para la visita de seguimiento en el hospital o en su domicilio.
  - b. En el caso de los partos domiciliarios, los reconocimientos repetidos y el asesoramiento (prácticas en los cuidados, signos de peligro) a la madre y al recién nacido deben formar parte de la atención sistemática.
5. Las visitas domiciliarias deben iniciarse lo antes posible tras el parto o una vez que la madre y el recién nacido han regresado a su casa del establecimiento sanitario. Probablemente, lo más eficaz para reducir la mortalidad neonatal sea efectuar una visita durante

las primeras 24 horas después del parto. Las visitas complementarias en el tercer día y, si es posible, el séptimo día, pueden mejorar las prácticas de atención domiciliaria e identificar signos de peligro o enfermedades. Las visitas domiciliarias pueden efectuarse por profesionales sanitarios o agentes de salud comunitarios debidamente capacitados.

6. Los programas deben subrayar la importancia de aumentar la sensibilización y los conocimientos de la población respecto de las prácticas relacionadas con los cuidados en el domicilio, a fin de aumentar la supervivencia del recién nacido.
7. La atención postnatal domiciliaria por agentes de salud comunitarios ha de estar ligada al sistema de salud y al concepto de la atención como un proceso continuo. Los servicios de salud deben tratar de llevar los servicios de atención postnatal lo más cerca posible del hogar y de la familia. Las deficiencias de los servicios, tales como la falta de asistencia especializada en el parto o de tratamiento para las enfermedades del recién nacido, deben abordarse como parte de la estrategia de los programas. A menudo, eso implicará aumentar y fortalecer los recursos humanos para la salud, aumentar los recursos financieros asignados a la atención postnatal, asegurar la disponibilidad de medicamentos y otros suministros, tener sistemas de vigilancia y supervisión, mejorar el sistema de derivación de casos y eliminar obstáculos al acceso a los servicios.

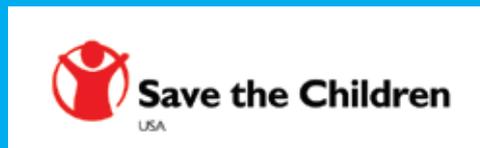
### El UNICEF, la OMS y las entidades asociadas podrán apoyar estas acciones mediante lo siguiente:

1. La promoción, la asistencia y la inversión de recursos para la adopción de estas recomendaciones por los países y su adaptación a la estructura del personal y los contextos de los sistemas de salud locales.
2. La colaboración con los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales para difundir con rapidez las presentes recomendaciones y alentar a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades a que las adopten.
3. La asistencia al desarrollo de capacidades y al buen funcionamiento de los dispensadores de atención de salud y los agentes comunitarios de salud para que presten atención domiciliaria al recién nacido mediante la elaboración y utilización de directrices y material didáctico, y la realización de otras actividades que se consideren necesarias.
4. El apoyo a las labores de comunicación encaminadas a promover la atención prenatal, la atención especializada durante el parto y la atención postnatal para las madres y los recién nacidos.

## Referencias

1. Darmstadt GL et al; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*, 2005;365(9463):977–88.
2. *Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004.
3. Bang AT et al. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet*, 1999;354(9194):1955–61.
4. Bang AT (inédito, comunicación personal).
5. Baqui AH et al; Projahnmo Study Group. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2008;371(9628):1936–44.
6. Kumar V et al; Saksham Study Group. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2008;372(9644):1151–62.
7. Bhutta ZA et al. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2008;86(6):452–9.
8. *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008 (ISBN 978 92 4 156371 0).
9. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*, 2005; 365:891–900.
10. Countdown to 2015. Tracking progress in maternal, newborn & child survival: the 2008 report. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2008 (<http://www.countdown2015mnch.org/>).
11. Fort AI, Kothari MT, Abderrahim N. *Postpartum care: levels and determinants in developing countries. DHS Comparative Report No. 15*. Macro International Inc. Maryland, 2006.
12. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2006 (ISBN 92 4 159084 X).
13. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. Helsinki Polytechnic Stadia, Health Care and Social Services A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*, 2008;17(9):1132–43.
14. Olds DL, Kitzman H.. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics*, 1990;86(1):108–16.

La presente declaración conjunta OMS-UNICEF está apoyada por los organismos siguientes:



---

## Proceso de elaboración de la presente declaración

En septiembre de 2007, la OMS, la iniciativa Save the Children (SC) y USAID organizaron conjuntamente en Londres una reunión consultiva técnica sobre atención comunitaria al recién nacido y tratamiento de la septicemia neonatal. Todos los estudios de evaluación, publicados y no publicados, sobre distintas intervenciones domiciliarias de atención al recién nacido en contextos donde la mortalidad es elevada fueron presentados y examinados por un grupo de expertos independientes. Esos expertos declararon no tener ningún conflicto de intereses. Las principales conclusiones del grupo de expertos fueron que las intervenciones comunitarias reducen la mortalidad neonatal, en particular la mortalidad neonatal prematura, y que las visitas domiciliarias de agentes de salud comunitarios constituyen un elemento común en todos los estudios. Tras la reunión consultiva técnica, el Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente de la OMS encargó una revisión sistemática de la literatura en la materia, que permitió confirmar las conclusiones del grupo consultivo. Tomando como base lo anterior, el personal de la OMS y el UNICEF elaboró el proyecto de la presente declaración conjunta, que fue revisado por el personal de la SC y de la USAID. El proyecto de declaración fue examinado por el grupo de expertos y sus observaciones se incorporaron a la versión definitiva. La presente declaración será revisada y actualizada cada dos años a partir de su publicación.

---



Organización  
Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud  
Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del  
Adolescente  
20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27  
Suiza

Tel.: +41 22 791 3281  
Fax.: +41 22 791 4853  
E-mail: [cah@who.int](mailto:cah@who.int)  
<http://www.who.int/>



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
Health Section, Programme Division  
3 United Nations Plaza  
Nueva York, NY 10017  
Estados Unidos de América

Tel: +1 212 326 7000  
[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

---

WHO/FCH/CAH/09.02

© Organización Mundial de la Salud, 2009

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.