Guía para acelerar el progreso para Todos los Recién Nacidos en escenarios humanitarios 2020 – 2024

Save the Children

Organización Mundial de la Salud

UNHCR ACNUR
La Agencia de la ONU para los Refugiados

unicef

Acerca de la Guía para acelerar el progreso para Todos los recién nacidos en escenarios humanitarios 2020 – 2024

Esta guía está diseñada para impulsar el compromiso mundial de mejorar la salud de las madres y los recién nacidos más vulnerables que viven en escenarios humanitarios. El desarrollo de la Guía se basa en guías mundiales basadas en evidencias y en las lecciones aprendidas de la implementación a nivel país. Más de 100 expertos de organizaciones no gubernamentales, agencias de las Naciones Unidas, gobiernos nacionales, donantes e instituciones académicas participaron en la revisión de la Guía y se realizaron más de 50 entrevistas con partes interesadas clave para entender las prioridades actuales en la salud materna y neonatal, los vacíos en el sistema de salud y socios a aprovechar en los escenarios humanitarios. Expertos a nivel mundial revisaron y finalizaron el documento en una reunión de diversos sectores en 2019, en el que recomendaron acciones para acelerar el progreso en los próximos cinco años.

Publicado en abril de 2020
© Save the Children

Guía para acelerar el progreso para Todos los Recién Nacidos en escenarios humanitarios 2020 – 2024

Save the Children

Organización Mundial de la Salud

UNHCR ACNUR
La Agencia de la ONU para los Refugiados

unicef

Índice

Reconocimientos 2
Siglas y acrónimos 3
Introducción 4
Visión y metas 8
Objetivos estratégicos 9
Principios rectores 13

Acciones clave para la salud neonatal en escenarios frágiles y humanitarios 16

1 Fortalecer la díada madre-recién nacido en las crisis humanitarias 16
2 Expandir el acceso a la atención médica digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el post-parto 17
3 Brindar atención médica apropiada para recién nacidos pequeños y enfermos 22
4 Registrar cada nacimiento y contar cada muerte neonatal y fetal 24
5 Fortalecer la conexión con los sectores humanitarios clave durante el continuo de cuidado 25
6 Facilitar la coordinación a lo largo del nexo de acción humanitaria y desarrollo 29
7 Empoderar a comunidades y gobiernos a través de asociaciones que promuevan servicios innovadores y sostenibles 30
8 Explorar estrategias innovadoras y realizar investigaciones para apoyar la prestación de servicios en escenarios humanitarios 32
9 Aumentar la visibilidad de los recién nacidos en escenarios humanitarios 34

Asociación, participación y financiamiento 36
Monitoreo del progreso 38
Plan de acción, primer año 40
Referencias 42

Reconocimientos

Quiero expresar mi más profundo aprecio y gratitud a los dedicados expertos, colegas y amigos que han colaborado con esta iniciativa por medio de entrevistas, grupos de trabajo, incontables debates y rondas de revisiones:

Alessandro Iellamo, Allisyn Moran, Ann Burton, Anna af Ugglas, Anna Frellsen, Basil Rodriques, Bianca Drebber, Brandao Co, Bushra Al-Makaleh, Catrin Schulte-Hillen, Claire Merchon, Clive Omoke, Cyril Engmann, Daniel Martinez, Diana Estevez, Dilys Walker, Dina Jardaneh, Elaine Scudder, Elvira Thissen, Emily Monaghan, Emmanuele Capobianco, Endang Handzel, Fatima Gohar, Fiona Smith, Fouzia Shafique, Gebrewold Petros, Gillian McKay, Gwenaelle Garnier, Hajra Daly, Hannah Tappis, Hattie Ruysen, Henia Dakkak, Hilary Wartinger, Hussein Had, Jane Newnham, Janna Patterson, Jean Armas, Jennifer Schlecht, Jim Litch, Josep Vargas, Joshua Bress, Joy Lawn, Julie Taft, Juliet Whitley, Katie Morris, Kimberly Gire, Koen Joosse, Lale Say, Lara Martin, Laura Archer, Lee Pyne-Mercier, Lily Kak, Linda Doull, Lisa Thomas, Loulou Kobeissi, Luna Mehrain, Lynn Freedman, Manuel Carballo, Marcy Hersh, Maria Asuncion Silvestre, Marie-Claude Bottineau, Mariella S. Castillo, Mary Ellen Stanton, Mary Thompson, Meg French, Mianne Silvestre, Moazzem Hossain, Mohira Boboeva, Nabila Zaka, Nada Elattar, Nadine Cornier, Naoko Kozuki, Natalia Vartapetova, Neal Russell, Neelam Bhardwaj, Neha Singh, Nelly Staderini, Nicolas Joannic, Niloofar Zand, Nora Hobbs, Nuzhat Rafique, Nyra Mahmood, Ornella Lincetto, Paul Wise, Peter Morrison, Rabih El Chammay, Rachael Cummings, Rajat Khosla, Rebecca Tavares, Ribka Amsalu, Richard Guidotti, Roberta Petrucci, Rodolfo Rossi, Salim Sohani, Sameer Elias Putros, Samira Aboubaker, Samira Sami, Sandra Krause, Sarah Moxon, Sarah Williams, Saverio Bellizzi, Shaimaa Ibrahim, Shanon McNab, Sharifa Khan, Sheena Currie, Smita Kumar, Stephanie Gee, Steve Wall, Tedbabe Degefie Hailegebriel, Thiago Luchesi, Tore Lærdal, Valerie Bemo, Viviana Mangiaterra, Winnie Mwebesa, Yulia Widiati, Zulfiqar Bhutta

La energía, persuasión y pasión de tantos colaboradores sostiene el documento y seguirá impulsando la Guía hacia su verdadero impacto: la salvación y el cambio de las vidas de los recién nacidos, mujeres embarazadas y madres que quedan atrapadas en emergencias humanitarias alrededor del mundo. Samira Sami y Neal Russell merecen un reconocimiento especial y mi más profundo agradecimiento por su comprensión e incansable labor para destilar la vasta cantidad de datos aportados en este importante y estratégico documento.

Esta guía está dedicada a Jennifer Schlecht, una dedicada defensora de los derechos de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis. Para honrar a Jennifer y sus invaluables aportaciones, la comunidad mundial del sector salud debería seguir mejorando la salud sexual y reproductiva, así como la atención materna y neonatal al rango de derecho humano que se merecen los más vulnerables en países propensos a sufrir crisis y en todas y cada una de las respuestas humanitarias. Te extrañamos, Jen.

Su alteza real, la princesa Sarah Zeid
Benefactora de la salud materna y neonatal de la ACNUR y Asesora especial de la salud materno-infantil y nutrición del WFP

Siglas y acrónimos

BCG	Vacuna del bacilo de Calmette-Guérin
SLM	Sustitutos de leche materna
EmONC	Atención de emergencias obstétricas y del recién nacido
ENAP	Plan de acción Todos los Recién Nacidos
PAI	Programa ampliado de inmunización
EWEC	Todas las Mujeres, Todos los Niños
IN	Infecciones nosocomiales
PCI	Prevención y control de infecciones
ALNP-E	Alimentación de lactantes y niños pequeños en emergencias
MMC	Método madre canguro
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
VRMMP	Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna y Perinatal
MDS	Metas de desarrollo sostenibles
PT	Partera tradicional
WASH	Agua, saneamiento e higiene

Más información

A lo largo de este proceso, las partes interesadas participaron en la elaboración del borrador de una declaración mundial y un documento de defensa que identifica mensajes clave para dar prioridad a la salud de las madres y los recién nacidos en escenarios humanitarios.

Los documentos están disponibles en www.healthynewbornnetwork.org/issue/emergencies/

Se recomienda citar la fuente

Save the Children, OMS, UNICEF, ACNUR. 2020. Guía para acelerar el progreso para Todos los Recién Nacidos en escenarios humanitarios 2020 – 2024. Washington, DC: Save the Children.

Introducción

Lograr metas de desarrollo sostenibles (MDS) para reducir la mortalidad neonatal y fetal para 2030 requiere dar prioridad a las intervenciones para salvar las vidas de las madres y de los recién nacidos y apoyar a los trabajadores de la salud durante las crisis humanitarias.

Las mujeres y los niños tienen **14** veces más probabilidad que los hombres de morir durante un desastre natural*(1)*. En escenarios frágiles y de ayuda humanitaria, se calcula que mueren **500** mujeres y niñas de complicaciones por embarazo y parto cada día*(2)*. Los recién nacidos son vulnerables en forma única, ya que dependen de atención especializada y de la salud de las madres que son afectadas por las crisis. Por demasiado tiempo se ha ignorado a los recién nacidos en los esfuerzos de respuesta humanitaria. Las intervenciones esenciales para recién nacidos siguen recibiendo menos fondos de los necesarios y hay pocas intervenciones diseñadas tomando en cuenta a las madres. Mejorar la supervivencia neonatal requiere un enfoque renovado en las necesidades únicas de los bebés nacidos en una crisis y un compromiso de fortalecer la salud materna y neonatal en escenarios humanitarios. El período perinatal representa un momento de riesgo crucialmente importante para las madres y sus recién nacidos*(3)*.

India, Nigeria, Paquistán, Etiopía y la República Democrática del Congo encabezan la lista de los países con la mayor cantidad de muertes neonatales*(4)*. Más del **80 %** de los países con alto índice de mortalidad han sufrido un conflicto reciente, desastres naturales recurrentes o ambos*(5)*. Entre los 49 países que han experimentado una crisis humanitaria aguda o prolongada en los últimos cinco años crisis, el **75 %** no lograron las MDS de mortalidad neonatal*(6)*. Los países que enfrentan conflictos tienen los índices más altos de mortalidad neonatal y fetal: una alarmante cantidad de 39 muertes por cada 1000 nacidos vivos o más*(7)*.

La *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030* busca reducir la mortalidad neonatal a 12 por cada 1000 nacidos vivos en todos los países para el año 2030, y esto coincide con el objetivo de la Meta de desarrollo sostenible 3.

Esta meta requiere acción urgente en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria.

Casi el 70 % de las muertes neonatales y el 40 % de las muertes maternas y fetales son prevenibles, incluso en las situaciones más desafiantes.

Los escenarios humanitarios son diversos por los variables índices iniciales de mortalidad, desarrollo económico, capacidad del sistema de salud, dinámicas de población y carga de enfermedad local. Las personas afectadas por las crisis pueden ser poblaciones vulnerables, como refugiados, personas desplazadas internamente, inmigrantes o poblaciones locales. Tal vez vivan en áreas rurales o campos remotos, pero cada vez viven más de ellos en áreas urbanas. Las comunidades que albergan a poblaciones desplazadas, incluido el sistema de atención a la salud, a menudo carecen de la voluntad o la capacidad de satisfacer las necesidades básicas de la población. Los desafíos en los lugares en conflicto se componen de inseguridad y el enfoque natural de los servicios en la prevención de brotes de enfermedades contagiosas. Los escenarios humanitarios cada vez duran más tiempo, ya que la duración promedio de las crisis es de más de 9 años, y estas crisis están contribuyendo a tener una cantidad creciente de desplazados*(8)*.

Durante las fases de preparación, emergencia y recuperación de una respuesta humanitaria, las prioridades respecto a la salud neonatal deben articularse claramente en plataformas de coordinación y apoyo. Iniciativas mundiales tales como *Todas las Mujeres, Todos los Niños (EWEC)* y el *Plan de acción Todos los Recién Nacidos* han unido a socios con muchos interesados para dar prioridad a acciones clave para reducir el índice de mortalidad neonatal para 2030. Una mejor integración de las iniciativas de desarrollo que impulsan la respuesta a emergencias para crear preparación y resiliencia puede mitigar el impacto a largo plazo de las crisis en la salud de las mujeres y los niños.

La distinción entre un escenario humanitario y uno de desarrollo suele ser confuso, y los esfuerzos para mejorar la salud materna y neonatal deben conectar ambas situaciones y estar bien coordinados. Esta *Guía para acelerar el progreso para Todos los Recién Nacidos en escenarios humanitarios* busca abordar la salud neonatal en estos contextos diversos y ofrecer recomendaciones que puedan aplicarse de manera general, pero también puede ser relevante para algunos contextos específicos más que otros.

La salud de los recién nacidos no puede considerarse en forma aislada y debe abordarse en el contexto de la salud materna. Toda intervención dirigida a mejorar la salud del recién nacido deberá estar enmarcada en el contexto de la salud materna y neonatal. Las lecciones de crisis anteriores sugieren fuertemente que los esfuerzos dedicados a la salud materno-infantil suelen pasar por alto el cuidado de los recién nacidos, incluido el cuidado de crianza, durante las crisis humanitarias. Se han logrado avances en el financiamiento y realización de intervenciones en salud reproductiva, materna e infantil durante la crisis, pero siguen existiendo vacíos importantes en el financiamiento de atención de emergencias obstétricas y del recién nacido*(9)*. Por ello, mejorar la supervivencia de los recién nacidos durante las crisis humanitarias requerirá un mayor enfoque en los recién nacidos como parte del continuo de cuidado.

Considerando las diferentes iniciativas que abordan la salud y supervivencia neonatal actualmente, esta guía llama a la acción para acelerar la salud de las mujeres y sus recién nacidos en todos los contextos y fases de una emergencia con un enfoque de sistemas de salud. Es necesario que los interesados de los sectores humanitarios y de desarrollo participen para asegurar que los recién nacidos sobrevivan y crezcan incluso en las circunstancias más difíciles. Esto incluye tener una visión, un enfoque y un compromiso en común para expandir la calidad y la cobertura de la prestación de servicios de salud materna y neonatal en poblaciones afectadas por conflictos graves y prolongados, así como en desastres naturales.

La audiencia a la que se dirige este documento incluye a partes interesadas, tanto de comunidades de desarrollo como de las humanitarias, de las comunidades de salud materna y neonatal de ambas, y de varios sectores de respuesta humanitaria. Este documento expone una visión de cómo pueden realizarse mejoras para las madres y los recién nacidos en escenarios humanitarios.

Visión

Un mundo en el que las madres y los recién nacidos reciban los servicios de salud necesarios para salvar la vida, sin importar quiénes sean o la situación de emergencia en la que estén.

Metas

Meta 1: Eliminar muertes maternas y neonatales prevenibles en escenarios humanitarios.

Meta 2: Trabajar en objetivos mundiales para reducir la mortalidad materna, neonatal y fetal.

Meta 3: Asegurar que los recién nacidos prosperen al prevenir la morbilidad materna e infantil y al promover el desarrollo en la primera infancia.

Durante la fase de emergencia de una crisis humanitaria:

Prevenir el exceso de muertes fetales y neonatales reduciendo la mortalidad por debajo de los umbrales definidos por contexto específico antes de la crisis o índices nacionales

Durante la fase de recuperación de una crisis humanitaria:

Alinear los esfuerzos con los objetivos mundiales de las MDS para reducir la mortalidad neonatal a 12 por cada 1000 nacidos vivos o menos, y disminuir el índice de muertes fetales a 12 por cada 1000 nacimientos en total o menos para el año 2030

Objetivos estratégicos

Las áreas de acción clave de la guía se agrupan en tres objetivos estratégicos globales articulados por la Estrategia Global "Todas las mujeres, todos los niños" (EWEC), que son sobrevivir, prosperar y transformar.

1) SOBREVIVIR

Acabar con las muertes prevenibles

2) PROSPERAR

Asegurar la salud y el bienestar

3) TRANSFORMAR

Ampliar los entornos propicios

1) SOBREVIVIR

Acabar con las muertes prevenibles

- **Fortalecer la díada madre-**recién nacido en las crisis humanitarias
- **Expandir el acceso** a la atención médica digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el post-parto
- **Brindar atención médica** apropiada para recién nacidos pequeños y enfermos
- **Registrar cada nacimiento** y contar cada muerte neonatal y fetal

2) PROSPERAR

Asegurar la salud y el bienestar

- **Fortalecer la conexión** con los sectores humanitarios clave durante el continuo de cuidado
- **Facilitar la coordinación** a lo largo del nexo de acción humanitaria y desarrollo

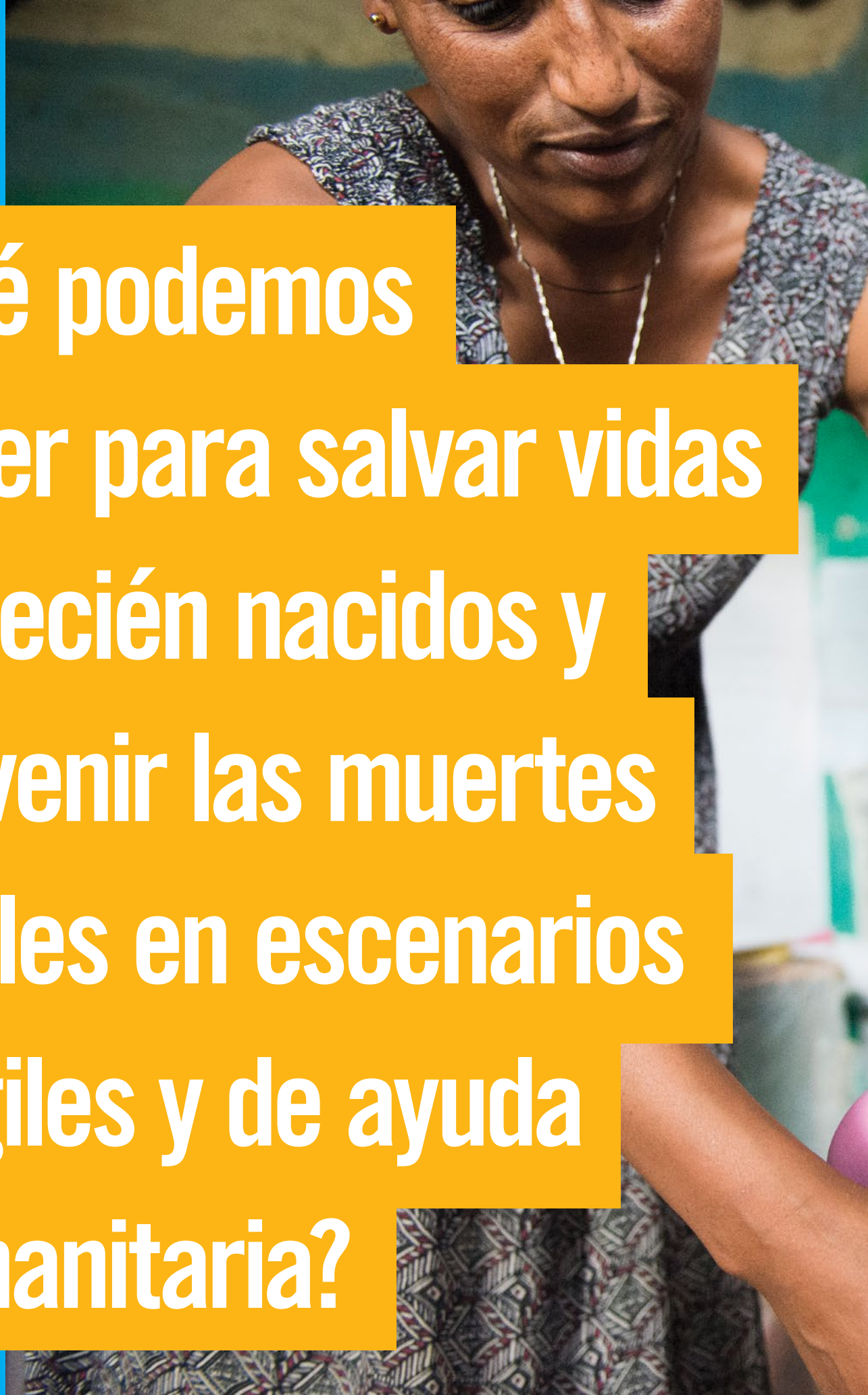
3) TRANSFORMAR

Ampliar los entornos propicios

- **Empoderar a comunidades** y gobiernos a través de asociaciones que promuevan servicios innovadores y sostenibles
- **Explorar estrategias innovadoras** y realizar investigaciones para apoyar la prestación de servicios en escenarios humanitarios
- **Aumentar la visibilidad** de los recién nacidos en escenarios humanitarios
-

Principios rectores

- Informado con evidencias
- La muerte de recién nacidos y la muerte fetal son evitables
- Las madres y los recién nacidos tienen derechos
- Atención materno-infantil respetuosa
- Cuidado centrado en la familia
- Los recién nacidos están mejor con sus cuidadores
- Conteo de recién nacidos y muertes fetales en escenarios humanitarios
- Responsabilidad
- Innovaciones específicas al contexto
- Atención de alta calidad acorde a las necesidades de las comunidades
- Facultar a mujeres y niñas mejora la supervivencia de los recién nacidos
- Equidad de género
- Fortalecimiento del sistema de salud
- La preparación y la resiliencia mejora la sostenibilidad
- Invertir en los proveedores de atención médica
- Recursos humanos para la salud



¿Qué podemos hacer para salvar vidas de recién nacidos y prevenir las muertes fetales en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria?

Áreas de acciones clave para la salud neonatal en escenarios humanitarios

1 Fortalecer la díada madre-recién nacido en las crisis humanitarias

Los escenarios humanitarios suelen ser caracterizarse por un acceso interrumpido a los servicios y retrasos en la ayuda nacional e internacional, la cual puede no poder llegar a las madres, que son las más desatendidas. La madre es la mejor oportunidad de supervivencia para el recién nacido. Proteger la díada madre-hijo es crucial en cualquier lugar, en particular durante las respuestas humanitarias, para asegurar el cuidado piel a piel, la lactancia materna exclusiva en los primeros meses y un entorno protector para el desarrollo en la primera infancia. Sin embargo, la importancia de esta relación suele subestimarse o pasarse por alto, y a las intervenciones de salvamento sencillas a menudo se les resta prioridad durante la respuesta humanitaria, a pesar de su rentabilidad. Las intervenciones se arriesgan a ser contraproducentes si la díada madre-recién nacido se debilita porque la atención continua puede ponerse en riesgo, incluso si las intervenciones iniciales parecen ser eficaces. La díada a menudo se pone en riesgo en las emergencias, lo que se refleja en el aumento del índice de muertes maternas y recién nacidos huérfanos. En tales situaciones, deben encontrarse alternativas permanentes y protectoras lo más pronto posible.

ACCIONES Mantener a los recién nacidos con sus madres y cuidadores para que tengan la fuente más confiable de calor, alimento y protección durante las crisis

Los modelos de cuidado que mantienen a los recién nacidos con sus madres y cuidadores, como el Método madre canguro (MMC) y la atención centrada en la familia están basados en evidencias, son rentables y viables en cualquier lugar. Los servicios de atención médica materna y neonatal deben diseñarse para minimizar la separación de la madre y el bebé durante el nacimiento, en el periodo post-natal y en las remisiones en caso de complicaciones de salud neonatal. Debe asegurarse el enfoque en la díada madre-hijo en cada nivel, incluso a nivel directivo y de gobierno, de cuidado clínico, en las vías de remisión y en el monitoreo y evaluación. En caso de que sea imposible mantener a un recién nacido con su madre, deben realizarse esfuerzos para asegurar rápidamente un cuidador sostenible para el recién nacido.

ACCIONES Proteger, promover y apoyar la lactancia temprana y exclusiva en escenarios humanitarios

La interrupción de la lactancia materna en escenarios humanitarios es particularmente peligrosa, ya que el acceso al agua e instalaciones sanitarias seguras suele estar en riesgo. La promoción y el apoyo a la lactancia materna exclusiva desde el principio son intervenciones que salvan vidas y que deberían ser una prioridad de todos los recién nacidos durante la respuesta humanitaria *(10-16)*. Una prioridad clave debería ser crear un entorno seguro y propicio para promover la lactancia materna exclusiva desde el principio en los centros médicos y en la comunidad. Esto incluye la disponibilidad de suministros para la extracción de leche materna, su almacenamiento y métodos de alimentación alternos; capacitación para trabajadores de salud, defensa en los medios de comunicación y apoyo psicosocial y de pares. La distribución de sustitutos de leche materna (SLM) debe limitarse a las necesidades médicas *(17)* y ligada a un paquete de cuidado y apoyo de expertos coordinado y específico del contexto para asegurar un suministro adecuado de agua, sanidad e higiene*(18)*. Las iniciativas existentes deben estar basadas en Netcode*(19)* y la iniciativa de hospital amigable con el bebé.*(20)*

2 Expandir el acceso a la atención médica digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el post-parto

El enfoque en escenarios humanitarios debe ser proporcionar atención médica de calidad, equitativa y culturalmente aceptable que sea relevante para la situación, promueva los beneficios máximos y sea potencialmente sostenible. Deberán implementarse intervenciones basadas en evidencias durante el embarazo, parto y post-parto e incluir el acceso oportuno a la atención integral de emergencias obstétricas y del recién nacido desde los primeros indicios de emergencia (*véase Box 1*). Estas deberán ser realizadas por una cantidad adecuada de trabajadores de la salud que tengan la capacitación necesaria, así como el apoyo y los recursos requeridos. La preparación es clave para que esto se haga eficazmente y en forma rentable.

Proporcionar acceso a la atención de emergencias obstétricas y del recién nacido en el momento del nacimiento

La atención básica de emergencias obstétricas y del recién nacido es una prioridad inmediata en todas las emergencias, con preparación para hacer una transición rápida a servicios de salud integrales. Los servicios deben ser accesibles para todos y asegurarse de que las poblaciones que suelen no tener acceso no se 'queden atrás'. Los factores contextuales en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria, tales como la inseguridad, influyen fuertemente en el acceso a la atención del parto y de emergencia. Debe prepararse a las madres con información sobre su nivel individual de riesgo durante el embarazo y debe haber planes de contingencia para abordar las imprevisibles interrupciones de la atención que pudieran presentarse.

BOX 1.

Atención básica e integral de emergencias obstétricas y del recién nacido (EmONC)

El *Manual de Trabajo Interinstitucional (IAFM) sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* incluye la siguiente lista de intervenciones esenciales:

Asegurar la EmONC básica en todos los centros de salud. Esto significa que el personal está capacitado y tiene los recursos para:

1. Administrar antibióticos por vía parenteral para el tratamiento de sepsis
2. Administrar fármacos uterotónicos (como inyecciones de oxitocina o tabletas de misoprostol) para el tratamiento de hemorragias posparto y administrar ácido tranexámico por vía intravenosa además del cuidado estándar para mujeres diagnosticadas clínicamente con hemorragia posparto
3. Administrar fármacos anticonvulsivos por vía parenteral (como el sulfato de magnesio) para controlar casos graves de pre-eclampsia y eclampsia
4. Practicar un parto vaginal asistido (por ejemplo, con extracción por vacío)
5. Retirar manualmente la placenta
6. Retirar los productos de concepción retenidos después del parto o un aborto incompleto
7. Aplicar reanimación neonatal básica (con una bolsa y mascarilla)

Asegurar una EmONC integral en los hospitales. Esto significa que el personal está capacitado y tiene los recursos para realizar las intervenciones de la 1 a la 7 de la lista anterior, además de:

8. Practicar una cirugía (es decir, una cesárea)
9. Realizar una transfusión de sangre segura observando las precauciones universales de prevención de infecciones

Fortalecer y ampliar el cuidado esencial del recién nacido

Las intervenciones de atención médica neonatal esencial debería ser prominente en políticas y directrices nacionales, evaluaciones de salud, propuestas de donantes, planes de respuesta humanitaria y listas de suministros para programas de centros médicos y comunitarios. Todo trabajador de la salud que proporcione cuidados a los recién nacidos y sea desplegado a un lugar en situación de emergencia deberá tener la capacidad de realizar intervenciones urgentes para salvar vidas inmediatamente después del nacimiento. Estas intervenciones se describen en la *Salud Neonatal en Escenarios Humanitarios: Manual de Trabajo* (*véase Box 2*).

BOX 2.

Cuidado esencial del recién nacido

La *Salud Neonatal en Escenarios Humanitarios: Manual de Trabajo (NBFG)* incluye la siguiente lista de intervenciones esenciales:

- **Cuidado termal:** Secar, calentar, contacto piel a piel, demorar el baño
- **Prevención de infecciones:** Prácticas de nacimiento limpio, lavado de manos, y limpieza y cuidado del cordón umbilical, piel y ojos.

  Se recomienda usar clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical de los recién nacidos cuyo parto fue en casa y en asentamientos donde el índice de mortalidad neonatal sea superior a las 30 muertes por cada 1000 nacidos vivos
- **Iniciación de la respiración:** Secar y despejar totalmente las vías respiratorias solo si es necesario, estimulación frotando la espalda y reanimación neonatal básica usando una bolsa auto-inflable y mascarilla para los bebés que no respiren espontáneamente
- **Apoyo para la alimentación:** Contacto piel a piel, apoyo para la lactancia exclusiva inmediata, y no desechar el calostro (la primera leche)
- **Monitoreo:** Evaluación frecuente de señales de peligro de infecciones graves y otras condiciones que requieran cuidado adicional fuera del hogar o del puesto de salud
- **Revisiones post-natales:** Todas las mujeres y sus bebés deberán recibir tres revisiones post-natales durante el primer mes: el Día 1 (en las primeras 24 horas después del parto, que son las más críticas), el Día 3 y entre los días 7 y 14. Después del parto, se deben hacer todos los esfuerzos posibles para llegar a los bebés nacidos en casa lo más pronto posible
- **Intervenciones preventivas:** Demorar la aplicación de las pinzas en el cordón umbilical, aplicar vitamina K y la profilaxis oftálmica tópica dentro de la primera hora de vida y administrar las vacunas correspondientes dentro de la primera semana de vida

Establecer un sistema de remisión que sea flexible y resistente a los impactos en el sistema de salud

Durante las emergencias, debe haber medios de transporte y sistemas de comunicación disponibles, usando la participación comunitaria y el liderazgo cuando sea posible para facilitar la remisión oportuna de las madres y los recién nacidos cuando se detecten señales de peligro antes, durante y después del embarazo. Las comunidades y los trabajadores de la salud deben estar educados acerca de las señales de peligro y mecanismos de remisión. Los protocolos de atención de emergencia deben incluir estabilización antes de la remisión y la gestión durante la transferencia. Estos protocolos deben incluir transferir a la madre y al bebé juntos, si es posparto; de preferencia haciendo contacto piel a piel para prevenir hipotermia.

Establecer el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos de atención comunitaria y en centros médicos al inicio de una emergencia

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) de salud reproductiva debe complementarse con intervenciones específicas para abordar la asfixia neonatal, las infecciones y los nacimientos prematuros. Existen evidencias sustanciales de las intervenciones más eficaces que buscan reducir la mortalidad neonatal, siendo las intervenciones durante el proceso de parto y el inicio del período posnatal las que tienen el mayor impacto *(21)*. La *Salud Neonatal en Escenarios Humanitarios: Manual de Trabajo* resume estas directrices de la OMS *basadas en evidencias(22)* y destaca los servicios de salud más fundamentales para todos los recién nacidos en asentamientos comunitarios, centros de atención médica básica y hospitales. Esto comienza con una atención médica prenatal de calidad que incluya consultoría, revisión, uso de suplementos y prevención de enfermedades de transmisión vertical y no contagiosas y continúe con un tratamiento inmediato de las complicaciones y un seguimiento posnatal adecuado para la promoción de la salud y la conexión con tratamientos y otros servicios. Este paquete de servicio mínimo debe integrarse en los planes nacionales de preparación y respuesta, en las oportunidades de financiamiento de los donantes y en los estándares de cuidado de las organizaciones de atención médica.

Asegurar el acceso universal a la prevención y el tratamiento de la malaria, tétanos, sífilis y VIH

El progreso en escenarios humanitarios es crucial para lograr estrategias globales para la malaria*(23)*, sífilis*(24)* y VIH*(25),* así como la Iniciativa de Eliminación del Tétanos Materno-Neonatal*(26)*. Para prevenir resultados adversos de malaria en el embarazo, las instituciones deben asegurar la cobertura de las redes tratadas con insecticidas de larga duración y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo. Para el tétanos, el enfoque debe estar en la prevención a través de la vacunación materna, un parto limpio y el fortalecimiento del Programa ampliado de inmunización (PAI). Reportar los casos de tétanos neonatal como parte de la vigilancia rutinaria de las enfermedades proporciona un indicador útil para monitorear el acceso a un parto limpio y cobertura de vacunación prenatal. También debe fortalecerse la vigilancia en la sífilis congénita, con un enlace a las estrategias de prevención y tratamiento durante el embarazo. La Estrategia Mundial contra el VIH*(25)* busca que ningún niño nazca con VIH, y esto se aplica a contextos humanitarios tanto como a cualquier otro. La prevención en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria debe incluir orientación y aplicación de pruebas de manera voluntaria, profilaxis post exposición en el caso de violencia sexual, suministro de tratamiento antirretroviral, pruebas universales durante el cuidado prenatal y/o durante la labor de parto y el parto, pruebas y profilaxis para recién nacidos y orientación sobre la alimentación infantil. Los planes de preparación para emergencias deben incluir mecanismos para asegurar suministros continuos para prevenir la transmisión de madre a hijo.

Adquirir y pre-asignar productos de salvamento para madres y recién nacidos

La *Salud Neonatal en Escenarios Humanitarios: Manual de Trabajo* y el *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* proporcionan una lista de medicamentos y productos esenciales para apoyar los partos seguros y la supervivencia de los recién nacidos en emergencias. Estos suministros pueden obtenerse a través de UNICEF y FNUAP, y deben integrarse en las listas nacionales de medicamentos esenciales y en las listas de suministros de las organizaciones de servicios de salud. Los productos deben ponerse en contexto para adaptarse a las políticas nacionales y elegirse considerando el contexto local. La planificación de la preparación debe incluir la pre-asignación de los suministros que se necesitan en los asentamientos que se consideran frágiles o en riesgo de emergencia humanitaria *(27)*.

Asegurar el acceso a la atención médica a mujeres y recién nacidos, sin importar en qué lugar están o quiénes sean

Todas las intervenciones deben defender el derecho a la salud de todos, asegurando que ninguna mujer o niño se deje atrás. Debe ponerse especial atención a los grupos vulnerables, como los desplazados, refugiados y migrantes. El principio de cobertura de salud universal significa que la atención médica no debe limitarse por el requisito de comprobar identidad, residencia o estatus migratorio o por miedo a las dificultades financieras.

Se deberían realizar evaluaciones situacionales para identificar donde las mujeres y los recién nacidos puedan tener un acceso seguro a los servicios y contar con procedimientos de seguridad. Se necesitan estrategias innovadoras para llegar a los asentamientos rurales y urbanos y fortalecer el enlace entre los diferentes puntos de cuidado al invertir en la calidad de la atención médica en los centros de salud de remisión en las comunidades de acogida.

Asegurar una atención respetuosa a las madres y recién nacidos en la respuesta humanitaria

Promover una cultura de cuidado respetuoso a las madres y recién nacidos como una agenda común,*(28)* con el objetivo de salvar vidas y mitigar el sufrimiento y la angustia para la madre y el recién nacido. El cuidado respetuoso incluye apoyar las decisiones de la mujer durante el trabajo de parto y el parto, mantener a la madre y su hijo juntos cuando sea posible y evitar el dolor o daño innecesario, lo cual incluye proporcionar cuidado paliativo cuando sea apropiado. Crear conciencia entre los trabajadores humanitarios y dentro de los programas para madres y recién nacidos sobre la importancia de la atención respetuosa por medio de cursos de capacitación, directrices y protocolos.

Crear mecanismos para supervisar las faltas de respeto y abuso al darles oportunidades a los usuarios de los servicios para que proporcionen retroalimentación. Debe promoverse la inclusión y el empleo de mujeres como trabajadoras de la salud donde haya escasez y deberán emplearse trabajadoras de la salud locales, particularmente parteras, cuando sea posible. Asegurar que a todas las mujeres se les permita un acompañante durante el parto al acceder a los servicios de salud. Deberán dedicarse esfuerzos a establecer un diálogo temprano con las comunidades en la respuesta humanitaria para explorar factores específicos del contexto que mejoran la aceptabilidad de los servicios.

Reunir datos para monitorear la calidad de la atención médica y la cobertura de intervenciones esenciales a recién nacidos

La calidad de la atención médica es instrumental para reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal. Los informes sobre las intervenciones humanitarias suelen enfocarse en la cantidad en lugar de la calidad y hay muy poca información publicada para evaluar la prestación de servicios durante las crisis humanitarias. El riesgo de mala calidad de la atención médica en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria es alto debido a numerosos desafíos, entre ellos, el reclutamiento de una fuerza laboral de salud con recursos, capacitación y supervisión adecuados. Algunas intervenciones, como la administración controlada de oxitocina *(29)* y las intervenciones instrumentales y quirúrgicas, pueden implicar un mayor riesgo de daño si se implementan de manera inapropiada, y estas deben tener una mayor supervisión*(30)*.

La supervisión del bienestar del feto durante el parto es particularmente desafiante en los escenarios humanitarios y requiere de supervisión estricta. Se requiere supervisión de calidad durante el parto para detectar sufrimiento fetal e intervenciones directas para prevenir la muerte fetal y la asfixia durante el parto cuando sea apropiado intervenir en indicios fetales. Es de particular importancia que se eviten las intervenciones inapropiadas si podrían poner a la madre en un mayor riesgo en futuros embarazos, y si el acceso a la planificación familiar y el cuidado obstétrico es impredecible. Por lo tanto, las organizaciones deben revisar sus intervenciones para asegurar que estas estén basadas en indicaciones apropiadas y adaptar las recomendaciones con base en los riesgos específicos del contexto y la calidad realista del monitoreo. La calidad debe promoverse de acuerdo con estándares establecidos *(31)* y medidas como la capacitación específica al contexto, supervisión comprensiva, apoyo de compañeros, tutoría y retroalimentación.

Las intervenciones clave, como la reanimación neonatal, deben incluir una capacitación obligatoria previa al servicio con cursos de actualización continuos. Las herramientas innovadoras para la supervisión y la capacitación vía remota, como la telemedicina, el uso de dispositivos móviles (m-health) y plataformas de internet (e-health) deben explorarse y evaluarse en los contextos humanitarios. Las instituciones deben supervisar y compartir datos para promover el apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad.

Los datos de las evaluaciones de los programas, según lo recomienda el Clúster Global de Salud, deben usarse para supervisar los vacíos en la prestación de servicios. Esto incluye dónde y quién resulta afectado principalmente y qué obstáculos impiden el acceso a la atención médica neonatal esencial. En todo el sector salud deberían capturarse indicadores estandarizados en la cobertura de intervenciones específicas para recién nacidos con diferentes plataformas y herramientas de recolección de datos. Estos datos deben informarse en la plataforma de coordinación humanitaria global, tal como el clúster de salud o el grupo de trabajo de salud reproductiva, donde todos los actores puedan tener acceso a los datos para la acción de la salud pública. Fortalecer los sistemas de datos nacionales, en colaboración con *Countdown to 2030*, para asegurar que se recolecten y reporten datos sólidos y utilizables acerca de la cobertura de la atención médica neonatal esencial para monitorear tendencias, valorar la calidad de las intervenciones ofrecidas y evaluar el impacto y la responsabilidad de todas las partes interesadas y relevantes.

3 Brindar atención médica apropiada para recién nacidos pequeños y enfermos

Garantizar la atención de recién nacidos pequeños y enfermos puede reducir significativamente los índices de mortalidad neonatal y asegurar que estos niños prosperen en la vida. Los estándares de atención médica y las intervenciones basadas en evidencias deben adaptarse para encajar dentro del sistema de salud de escenarios frágiles y de ayuda humanitaria. Puede ver la guía completa sobre el cuidado de recién nacidos pequeños y enfermos en el documento de la OMS/UNICEF titulado *Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn* (Sobrevivir y prosperar: transformando el cuidado de todos los recién nacidos pequeños y enfermos), que coincide plenamente con otras iniciativas principales para las que fue creado este documento.

Capacitar y apoyar al personal para atender a los recién nacidos pequeños y enfermos

Asegurar que todo el personal esté capacitado en cuidado esencial del recién nacido es la máxima prioridad en las primeras etapas de una respuesta humanitaria. Al escalar los niveles de cuidado, se requiere una mayor cantidad de personal capacitado en especialidades de cuidado neonatal, particularmente en enfermería de alta calidad. Los estándares básicos y una proporción aceptable de pacientes por cada proveedor deben considerarse y establecerse con cuidado al tomar decisiones basadas en la complejidad del cuidado.

Priorizar el tratamiento de las causas principales de mortalidad neonatal

Asegurar que haya tratamiento antibiótico disponible para tratar a los recién nacidos con posible infección bacteriana grave. Cuando sea posible, esto debe proporcionarse en los centros de atención. Cuando la remisión no sea posible, debe considerarse la opción de proporcionar tratamiento antibiótico en la comunidad, de acuerdo con los lineamientos de la OMS*(32)*. Asegurar que el personal esté capacitado en reanimación neonatal para atender la asfixia e implementar el método madre canguro (MMC), apoyo de alimentación y oxígeno controlado para bebés prematuros.

Proporcionar atención apropiada para recién nacidos pequeños y enfermos en centros médicos

La atención en centros médicos a recién nacidos pequeños y enfermos es muy variable en los escenarios humanitarios. Esto se resalta por la falta de orientación específica del contexto acerca de cuáles intervenciones centrales son apropiadas en diferentes contextos. Deben hacerse esfuerzos para evitar perder oportunidades de realizar intervenciones menos intensivas, pero con un impacto más alto. En lugares con una capacidad baja del sistema de salud, la prioridad debe ser el cuidado esencial del recién nacido a todos los neonatos. Deben implementarse intervenciones rentables y sostenibles para los bebés que nacieron muy pequeños o enfermos, como el MMC y la alimentación con copa de lactancia, apoyadas por los trabajadores de la salud capacitados, entre ellos, las parteras. Existe la necesidad de desarrollar estándares de atención neonatal, señalando a qué intervenciones dar prioridad dependiendo del contexto, el índice de mortalidad de referencia y el servicio del centro médico. El trabajo actual en funciones señales para recién nacidos pequeños y enfermos debe adaptarse para los escenarios humanitarios.

Prevenir infecciones nosocomiales

Los escenarios frágiles y de ayuda humanitaria son entornos desafiantes para asegurar una calidad de atención adecuada, y en estas circunstancias, las intervenciones neonatales, como la falta de control del oxígeno en los recién nacidos prematuros puede causar daños

fácilmente*(30)* que pueden ocasionar retinopatía y ceguera del prematuro*(33)*. Asimismo, las prácticas deficientes de prevención y control de infecciones pueden causar infecciones evitables y el desarrollo de resistencia antimicrobiana. Las infecciones nosocomiales (IN) son comunes en asentamientos de escasos recursos*(34)* y se han detectado brotes de infecciones multi-resistentes en centros de atención neonatal en escenarios humanitarios cuando han tenido microbiología *(35)*. Las organizaciones de atención médica deben desarrollar mecanismos para monitorear los estándares mínimos de prevención y control de infecciones (PCI) y herramientas de vigilancia para infecciones nosocomiales que sean fáciles de usar y adaptar a los asentamientos cuando no se disponga de instalaciones microbiológicas. Las directrices para el PCI y el agua, saneamiento e higiene (WASH) deben incluir un enfoque explícito en la atención médica materna y neonatal que incluya la integración con prácticas de cuidado esenciales para recién nacidos. Las nuevas tecnologías deben considerarse e introducirse con cuidado, con la condición de que estén acompañadas por directrices del PCI adecuadas y la capacitación y las prácticas puedan mantenerse y supervisarse.

Prevención del uso inapropiado de los antibióticos

El acceso a antibióticos apropiados para la sepsis neonatal es una preocupación primordial en los escenarios humanitarios. Sin embargo, los tratamientos con antibióticos inapropiados en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria también es una inquietud creciente, sobre todo cuando las prácticas deficientes de PCI y WASH facilitan una mayor propagación de resistencia antibiótica*(35-40)*. La administración de antibióticos promueve la receta basada en evidencias para combatir el abuso de los antibióticos y prevenir la resistencia antimicrobiana. Esto requiere una mayor consideración en las crisis prolongadas y en asentamientos donde los marcos regulatorios son deficientes o riesgosos o cuando las donaciones de fármacos sean inapropiadas o no tengan una supervisión adecuada*(41,42)*. Los escenarios frágiles y de ayuda humanitaria deben incluirse en el Plan de acción global de la OMS sobre la resistencia antimicrobiana*(43)*, y se deben reforzar las directrices de la OMS sobre las donaciones de fármacos con donaciones de antibióticos consideradas cuidadosamente con base en la epidemiología microbiológica conocida y el riesgo de introducir resistencia.

Desarrollar protocolos para gestionar condiciones complejas cuando el acceso a la atención médica definitiva no es posible

La atención médica definitiva, es decir, el tratamiento recomendado para controlar una enfermedad o condición, podría no estar al alcance de muchos recién nacidos con condiciones especiales, entre ellas, anormalidades congénitas. Es importante desarrollar protocolos locales con soluciones alternativas para abordar las necesidades de los recién nacidos que presenten condiciones complejas en los escenarios humanitarios, los cuales deberán coincidir con los estándares mundiales, el contexto local y los recursos disponibles. En todos los casos, se deben adoptar enfoques respetuosos para la atención médica, la orientación para padres, alivio del sufrimiento y cuidados paliativos, así como medidas de prevención durante futuros embarazos cuando sea posible (por ejemplo, ácido fólico para prevenir defectos del tubo neutral).

Preparación para brotes de enfermedades contagiosas

Las mujeres embarazadas o en período de lactancia y los recién nacidos enfrentan desafíos únicos durante los brotes de enfermedades contagiosas. La preparación y la planificación de la respuesta en intervenciones humanitarias debe incluir crear conciencia entre los trabajadores de la salud acerca de la prevención de infecciones en esta población y desarrollar directrices apropiadas de atención médica al inicio del brote. Los datos y la investigación para dar forma a la respuesta al brote no deben excluir a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos.

4 Registrar cada nacimiento y contar cada muerte neonatal y fetal

Es común que se reporten menos muertes neonatales y fetales de las que realmente ocurren en las respuestas humanitarias *(44)*. Su importancia a menudo se reduce cuando se agrega dentro del umbral de mortalidad de menores de cinco años en situaciones de emergencia. Muchas encuestas y publicaciones sobre la mortalidad no mencionan las muertes neonatales y fetales. Las intervenciones también suelen enfocarse en el período post-neonatal de menos de cinco años. Además, la clasificación errónea de las muertes neonatales y fetales pueden afectar la precisión de los cálculos.

DESTACADO

Trabajador humanitario en Sudán del Sur

Lo que nos llamó la atención fue la mortalidad semanal y los datos de la vigilancia; ¡nos dimos cuenta de que el número de muertes aumentó! Es muy improbable que se dé prioridad a los recién nacidos en escenarios humanitarios porque los servicios de emergencia se enfocan en la alimentación, agua y primeros auxilios.

Reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos, entre ellos, el registro de su nacimiento y su estado legal

Los bebés nacidos en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria pueden enfrentar obstáculos para tener un estatus legal y la ciudadanía, a menudo debido a la discriminación por raza, etnia, religión, lengua o condición de minoría. Esto puede llevar a barreras para acceder a la atención médica.

Los recién nacidos deben ser reconocidos como poseedores de derechos, incluido el derecho a ser registrado y a la salud, de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Mejorar los informes de muertes neonatales y fetales y la proporción de fallecimientos de menores de cinco años entre los recién nacidos

Las estadísticas de mortalidad a menudo están limitadas por los informes incompletos y la clasificación errónea de las muertes neonatales y fetales *(44,45)*. Se deben contar todos los nacimientos, muertes neonatales y fetales. Esto puede lograrse con una mejor capacitación y garantía de calidad para impulsar la elaboración de mejores informes que incluso distingan entre las muertes fetales y las neonatales. Asegurar que las muertes neonatales se distingan en las encuestas y la vigilancia. Los métodos innovadores de vigilancia y encuestas también deben explorarse para mejorar la calidad de los datos.

Implementar un Marco para la Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna y Perinatal (Marco VRMMP) cuando sea posible

La revisión de la muerte materna y perinatal, así como la autopsia verbal, es una herramienta poderosa para mejorar la prevención y respuesta de la salud pública en centros a nivel de remisión cuando se usan de manera apropiada. La Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna y Perinatal (VRMMP) requiere capacidad y capacitación, adaptación a los diferentes entornos legales y culturales, directrices nacionales y participación de diversas partes interesadas dentro de las comunidades *(46)*. Como parte de los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención, es necesario adaptar e implementar herramientas para realizar auditorías de mortalidad y revisiones de las muertes fetales, maternas y neonatales donde sea posible. También es necesario realizar investigaciones sobre la implementación para monitorear las barreras específicas del contexto, así como a los facilitadores y los resultados del marco de VRMMP.

5 Fortalecer la conexión con los sectores humanitarios clave durante el continuo de cuidado

Las mejorías en la salud materna y neonatal dependen fuertemente de las inversiones en otros sectores, como la planificación familiar, nutrición, inmunización, salud mental y agua, saneamiento e higiene (WASH). La comunidad materna y neonatal debe adoptar un enfoque multi-sectorial e involucrar a otros actores como socios principales para lograr mejorías, y otros sectores deben explorar cómo pueden mejorar sus servicios para satisfacer las necesidades de las madres y los recién nacidos.

Aumentar la capacitación de rutina en cuidado del recién nacido para gerentes y proveedores de atención médica

La capacitación en salud materna y neonatal deben incluir sesiones relevantes para que los gerentes de programas y el personal de apoyo comprendan las intervenciones clave de salvamento de madres y recién nacidos que deben incluirse en las propuestas del programa. Los gerentes de programas también deben dirigir el desarrollo de planes de acción que resalten vacíos y actividades clave para la salud materna y neonatal, incluyendo equipos y suministros médicos.

Abogar por la salud neonatal en la planificación y coordinación de la respuesta

El diseño y entrega de centros médicos temporales, semi-permanentes y permanentes debe considerar las necesidades de las madres y los recién nacidos. Esto incluye un espacio adecuado para amamantar, extraer leche materna, MMC y tratamiento de recién nacidos enfermos. Deben hacerse todos los esfuerzos para minimizar la sobrepoblación de las salas de maternidad para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales entre los recién nacidos. También se debe consultar con las comunidades el diseño de centros culturalmente aceptables y la dotación de personal.

DESTACADO

Trabajador humanitario en la crisis de los rohinyá

La violencia dirigida a la comunidad rohinyá en Birmania ha resultado en la desconfianza hacia los servicios de salud pública. Los trabajadores de salud comunitaria han fortalecido la confianza a través del compromiso y apoyo comunitario para facilitar el uso de los servicios. Los recién nacidos enfrentan desafíos para recibir atención médica post-natal porque se anima a las mujeres a permanecer en interiores por 40 días después del parto. Llegar a mujeres en este contexto con información crítica depende de la programación efectiva con base en la comunidad.

Integrar la atención médica en los programas de salud comunitaria, particularmente en los asentamientos con bajos índices de intervención institucional

Los escenarios humanitarios a menudo suspenden el acceso continuo a la atención en un centro de salud. Cuando esto ocurre, los servicios comunitarios son un mecanismo esencial para mantener o aumentar la cobertura de las intervenciones. Los programas de salud comunitaria pueden ser resilientes ante las interrupciones que resultan de la inseguridad *(47)* y pueden estimular la demanda de atención en centros médicos *(48)*. Durante las emergencias humanitarias, la atención médica de la madre y del recién nacido puede integrarse en plataformas comunitarias existentes, como los programas de gestión de casos comunitarios integrados. Esto requiere la consideración de los programas nacionales y una inversión analizada en la capacitación de trabajadores de la salud, suministros y supervisión de apoyo.

Enlazar a las madres a los servicios de planificación familiar

La integración de la planificación familiar durante el cuidado prenatal y post-natal puede mejorar los resultados del recién nacido al motivar la lactancia materna exclusiva desde el principio y al aumentar el espacio entre embarazos. Las organizaciones de salud reproductiva, materna, del recién nacido e infantil deben crear colaboraciones y compartir datos para maximizar oportunidades. La asociación con iniciativas como la de Planificación familiar 2020 puede ampliar la colaboración con actores no relacionados con la ayuda humanitaria y a nivel país para promover la integración de los servicios.

Aprovechar las intervenciones de nutrición existentes para que los recién nacidos puedan tener un inicio saludable

En escenarios frágiles y de ayuda humanitaria, la seguridad alimentaria puede ser un desafío mayor. Mejorar la salud materna y del recién nacido comienza con asegurar el acceso a los alimentos y a la orientación y apoyo nutricional para la madre, además del uso de suplementos de hierro y ácido fólico. Los actores de ayuda humanitaria deben asegurarse de que las intervenciones en nutrición de las madres, los lactantes y los niños pequeños se realicen como un paquete integrado de intervenciones de salud materna, neonatal e infantil. Estas intervenciones incluyen apoyo para el inicio temprano de la lactancia y la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, además del reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de la desnutrición aguda de la madre antes y después del parto. En los primeros días y semanas posteriores al parto, la orientación y el apoyo para la lactancia materna exclusiva son cruciales para la madre y el recién nacido.

El cuidado del recién nacido también es integral a los programas de alimentación de lactantes y niños pequeños, con base en ka Guía operativa de alimentación de lactantes y niños pequeños 2017 en emergencias (ALNP-E)*(18)*. Se requiere una asociación con el sector de la nutrición para lograr un monitoreo eficaz de las donaciones inapropiadas de SLM y el uso inadecuado de equipos de alimentación, como biberones y chupones. Las intervenciones de salud de la madre, el lactante y el niño pequeño deben estar integradas en las propuestas de financiamiento de nutrición y salud comunitaria para asegurar el crecimiento y desarrollo del monitoreo y el continuo de cuidado en el periodo de recién nacido a niño pequeño. Debe haber enlaces establecidos con espacios seguros de alimentación para lactantes y niños pequeños (ALNP), como las áreas madre-hijo y los rincones de ALNP en emergencias (ALNP-E) para asegurar que las madres y sus recién nacidos reciban atención nutricional y apoyo continuo. Se requiere más investigación para abordar el vacío de evidencias acerca de las estrategias de re-lactancia y la gestión de la desnutrición en menores de seis meses de edad *(49)*, además de desarrollar políticas de preparación relevantes.

DESTACADO

Trabajador humanitario en Indonesia

Durante el sismo de 2006 en Yogyakarta, Indonesia, las donaciones de sustituto de leche materna fueron descontroladas y extendidas. En un estudio de 831 niños de 0 a 23 meses de edad, el 75 % de las viviendas habían recibido fórmula para lactantes donada, lo cual estaba asociado a más del doble de riesgo de diarrea. Esto demostró cómo las donaciones inapropiadas de SLM en emergencias pueden perjudicar la salud infantil.

Incorporar actividades de PAI de rutina en el cuidado post-natal

Los programas que proporcionan atención materna y del recién nacido en escenarios humanitarios suelen ocurrir en paralelo con actividades rutinarias de PAI y esto crea pérdida de oportunidades de vacunación de recién nacidos y niños pequeños. Los socios de salud deben coordinar actividades del PAI y cuidado post-natal entre los programas de maternidad e inmunización, sobre todo para las vacunas que se aplican al nacer en asentamientos de alta incidencia o en el periodo neonatal, entre ellas, la de hepatitis B, la del bacilo Calmette-Guerine (BCG) contra la tuberculosis y la de poliomielitis. La aplicación oportuna de vacunas y otras inyecciones deben combinarse con la promoción de la lactancia temprana y exclusiva. El personal de actividades rutinarias de PAI debe estar capacitado para promover el cuidado esencial del recién nacido y reconocer y remitir a los recién nacidos enfermos.

Integrar un marco de cuidado protector para mejorar el desarrollo en la primera infancia

Los niños nacidos en crisis humanitarias tienen un alto riesgo de obtener resultados de desarrollo adversos, con posibles consecuencias intergeneracionales negativas *(50)*. Las intervenciones deben considerarse bajo la lente del documento publicado por la OMS en 2018 titulado *Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential (51) (Cuidado protector para el desarrollo de la temprana edad: un marco para ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano)* . Este marco detalla las políticas, programas y servicios necesarios para promover el desarrollo infantil y es relevante para el sector de la ayuda humanitaria. El cuidado protector permite a las comunidades y cuidadores promover la salud y nutrición de sus niños, y crea oportunidades de aprendizaje temprano a través de la estimulación y las interacciones de respuesta y apoyo *(51)*. Los programas deben adoptar un enfoque integral al facultar a los cuidadores con los recursos y las habilidades necesarias para proporcionar una atención que apoye el desarrollo y los servicios para recién nacidos podrían enlazarse con estos programas de desarrollo en la primera infancia*(51)*.

Enlace con socios de WASH para minimizar el riesgo de infecciones

Los recién nacidos son particularmente vulnerables a infecciones relacionadas con un saneamiento deficiente y agua de mala calidad, sobre todo cuando se pone en riesgo la lactancia o cuando las prácticas tradicionales incluyen proporcionar agua. Las madres y los cuidadores de los recién nacidos deben ser el público prioritario en las actividades de WASH y las intervenciones deben diseñarse especialmente de acuerdo con sus necesidades en la comunidad y el centro de salud. Existe la necesidad de desarrollar y difundir estándares específicos de PCI y WASH para las salas de maternidad en escenarios humanitarios.

Promover la salud mental materna y el apoyo psicosocial

Las crisis humanitarias suelen asociarse con una aflicción significativa. Dentro de los protocolos de remisión establecidos, las mujeres embarazadas y en período de lactancia deben tener prioridad en los servicios psico-sociales para su propia salud mental y el impacto potencial en la salud del recién nacido debido a la interrupción de la lactancia materna. Los programas de salud materna y neonatal deben enlazarse al apoyo de salud mental para cubrir un rango completo de situaciones que incluyen, entre otras, trastornos psiquiátricos, estrés postraumático, depresión, violencia sexual y pérdida del embarazo o del bebé recién nacido. Las respuestas pueden incluir enfoques innovadores no clínicos, como el apoyo de grupos de mujeres y de pares.

Participar con los servicios y vías de protección infantil

Los desafíos de la protección infantil son complejos y específicos del contexto, lo cual requiere que las instituciones y las partes interesadas compartan experiencias, aprendizajes, guías e información cuando sea apropiado. Abordar la protección infantil requiere de una mayor comunicación y coordinación entre las instituciones para enlazar los servicios de salud con las vías de protección infantil. Los recién nacidos deben ser incluidos en las estrategias que establecen los estándares mínimos de protección infantil en la respuesta humanitaria *(52)*.

Implementar transferencias de efectivo condicionales para la protección social

Los desafíos y las prioridades en competencia que enfrentan las mujeres embarazadas, las nuevas madres y los cuidadores en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria puede reducir su capacidad de cuidar a su recién nacido, en particular si nació enfermo o muy pequeño y requiere un cuidado más prolongado. Las estrategias innovadoras, como la optimización de transferencias en efectivo o en especie que sean sensibles a las necesidades de las madres y los recién nacidos, deben ser el enfoque de las próximas investigaciones de implementación.

6 Facilitar la coordinación en todo el nexo de acción humanitaria y desarrollo

Aunque la mortalidad puede declinar después de la fase aguda de una crisis humanitaria *(53)*, la necesidad de servicios de salud materna y del recién nacido continúa. En crisis prolongadas, la distinción entre la respuesta humanitaria y el desarrollo puede volverse confusa. La colaboración entre las dos estrategias puede derivar en mejores resultados, reducir los riesgos y desarrollarse con base en las ventajas comparativas de un diverso rango de actores. Sin embargo, debe tenerse cuidado, ya que el desarrollo a veces se considera inherentemente político, por lo que mantener la distinción entre las actividades de 'ayuda humanitaria' y las de 'desarrollo' puede ayudar a las organizaciones humanitarias a mantener la neutralidad, en algunos contextos.

Transición del PIMS de servicios integrales de salud reproductiva mientras se reconstruye el paquete nacional de servicios de salud

A menudo hay una transición retrasada del PIMS a los servicios integrales de salud reproductiva una vez que termina la fase grave de la emergencia. La coordinación y planificación en el nexo acción humanitaria-desarrollo debe mejorar la transición a los servicios integrales de salud reproductiva.

Fortalecer la colaboración entre los gobiernos nacionales y los actores humanitarios y de desarrollo cuando sea posible

Los actores humanitarios y de desarrollo y los gobiernos nacionales suelen funcionar con mecanismos de coordinación paralela y comunicación o integración limitada. En situaciones prolongadas, la colaboración en plataformas de coordinación, en especial durante actividades como las evaluaciones conjuntas y análisis de vacíos, así como al desarrollar estrategias de salud nacionales entre socios es crucial para la salud materna y del recién nacido.

Implementar un Plan de acción Todos los Recién Nacidos

El Plan de acción Todos los Recién Nacidos (ENAP) proporciona un marco de salud neonatal, con indicadores y objetivos, que es cada vez más adoptado por países afectados por crisis humanitarias. Los países deben asegurar que la atención médica materna y neonatal se incluya en los planes nacionales de preparación para emergencias, y dichos planes deben incluir intervenciones para recién nacidos que se deben implementar en caso de una crisis humanitaria con un presupuesto dedicado. Una comunicación y coordinación que incluya compartir información y herramientas entre los sectores de desarrollo y ayuda humanitaria puede alinear las actividades humanitarias para abordar objetivos nacionales y globales para la salud del recién nacido.

Asegurar un financiamiento continuo para emergencias prolongadas

Explorar un financiamiento innovador y la participación de donantes que tradicionalmente proporcionan ayuda para el desarrollo. La salud materna y del recién nacido es particularmente sensible a los sistemas de salud débiles durante la transición de la fase humanitaria a la de desarrollo. El financiamiento humanitario y del desarrollo debe estar integrado y mantenerse en ciclos de financiamiento más largos.

7 Empoderar a comunidades y gobiernos a través de asociaciones que promuevan servicios innovadores y sostenibles

Las comunidades juegan un papel significativo en la prestación de servicios de salud neonatales cuando hay un acceso limitado a los centros de salud. Los actores humanitarios pueden reforzar los enlaces entre los distintos niveles de atención en asociación con la comunidad. El liderazgo sólido de gobiernos nacionales y locales, sobre todo durante la preparación para emergencias, puede contribuir a una pronta mejoría de la supervivencia materna y neonatal durante las crisis. Este liderazgo es vital para mantener un progreso sostenible. Los gobiernos pueden desarrollar políticas y asignar recursos para asegurar que las madres, las mujeres embarazadas y los recién nacidos reciban la atención que necesitan durante una emergencia.

DESTACADO

Trabajador humanitario en Filipinas

En caso de desastre, la principal lección que aprendimos fue posicionar el cuidado esencial del recién nacido como una intervención de preparación. Esto incluye tener una política nacional de salud establecida, hacer un diagrama de la capacidad de prestación de servicios, definir las capacidades de capacitación entre los trabajadores de la salud locales y tener un sistema de información de emergencia en caso de que los registros se destruyan.

ACCIONES

Integrar el cuidado de recién nacidos en políticas y estrategias nacionales

Deben adoptarse las acciones clave de la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente* en estrategias nacionales y políticas en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria. Los gobiernos deben asegurar que el cuidado del recién nacido se aborde en las políticas nacionales y se integre en el currículo nacional de las instituciones de capacitación en obstetricia y enfermería, sistemas de información de salud y listas de medicamentos esenciales.

ACCIONES

Invertir en el sistema de salud pública para prevenir muertes neonatales y fetales durante una emergencia

Fortalecer la resiliencia a nivel nacional y sub-nacional al integrar intervenciones prioritarias de salud materna y neonatal en la preparación y en los planes de respuesta. Los planes de respuesta y las directrices de salud pueden promoverse a través de foros que unan a los actores nacionales, locales e internacionales de ayuda humanitaria y de desarrollo.

Debe haber procedimientos operativos estándar establecidos para:

1. Planes nacionales sobre la prestación de servicios a madres y recién nacidos
2. Disponibilidad de una fuerza laboral competente en salud para el cuidado del recién nacido que incluya capacitación regular y el reparto de tareas
3. Infraestructura para salas de maternidad
4. Medicamentos y artículos esenciales
5. Acceso universal a servicios en cada nivel de atención
6. Servicios comunitarios para recién nacidos
7. Sistema de información sobre la salud con un conjunto mínimo de indicadores de salud materna y neonatal
8. Sistema de transporte y de remisión seguros para madres, mujeres embarazadas y recién nacidos
9. Garantizar los derechos humanos y la salvaguardia de la dignidad
10. Consultoría sobre re-lactancia materna y alimentación de lactantes en apego al Código internacional de SLM de la OMS

Invertir en capacitación y en supervisión comprensiva a los trabajadores de la salud

Debe establecerse una capacitación, apoyo y recursos adecuados para los trabajadores de la salud de atención directa al cliente, desde las parteras, enfermeras y trabajadores de salud comunitaria hasta médicos y especialistas en hospitales de remisión, incluido el personal de apoyo que da respuesta a emergencias para que todos hagan su trabajo eficazmente. A largo plazo, tales inversiones son vitales para el desarrollo de los sistemas de salud, en anticipación al momento en el que se logre la estabilidad y los países afectados vuelvan a las tareas normales de proveed servicios de salud.

Invertir en grupos de salud de la mujer y trabajadores de salud comunitarios

La participación de la comunidad puede ser un poderoso método para aumentar la confianza y la cooperación entre la población de acogida y la afectada por la crisis. Esto puede generar confianza hacia el personal de respuesta a emergencias y ayudar a difundir información sobre la atención materna y neonatal. Asegurar que se capacite, equipe y supervise adecuadamente a una cantidad suficiente de trabajadores de la salud puede promover las actividades y la retención. Donde ya existan o puedan crearse, los grupos de salud de la mujer pueden promover la adopción de cuidados prenatales, los partos en centros médicos, cuidados post-natales, el apoyo en la lactancia y la planificación familiar. Interactuar con otras redes comunitarias (por ejemplo, de adolescentes, líderes religiosos y comités de salud) para promover la salud materna y del recién nacido y reforzar los enlaces con centros de salud a lo largo del continuo de remisión. Aunque la evidencia no apoya tener partos conducidos por parteras tradicionales (PT), interactuar con las parteras de tal forma que fortalezca el reconocimiento y la remisión por señales de peligro podría ser beneficioso. Se deben realizar más investigaciones en escenarios humanitarios sobre la capacitación y supervisión de los trabajadores de la salud nuevos y explorar cómo involucrar a los grupos de salud de mujeres en la atención materna y neonatal.

Promover un enfoque centrado en la familia

El cuidado centrado en la familia incluye minimizar la separación de la madre y el recién nacido y crear un ambiente de apoyo para que las familias cuiden a sus recién nacidos en los centros médicos y en su comunidad. Este enfoque debe utilizarse para crear ambientes propicios para que las familias cuiden a sus recién nacidos al adaptar la atención en los centros médicos cuando sea posible y con mayor apoyo en la comunidad en la forma de nutrición, apoyo en especie, WASH y protección social.

Involucrar a la comunidad en cuestiones éticas

El cuidado materno y del recién nacido en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria suele presentar decisiones éticas difíciles, tales como el tratamiento de bebés con un peso de nacimiento extremadamente bajo, anomalías congénitas, cuidado paliativo y cesáreas por indicaciones fetales en regiones con acceso potencialmente insostenible a una atención obstétrica de emergencia integral. Promover discusiones con mujeres, sus comunidades y sus familias acerca de los problemas éticos para motivar la responsabilidad conjunta de los marcos éticos entre las comunidades y los actores de salud. Considerar establecer 'comités de ética' que incluyan a representantes locales e integrarlos en los procesos de toma de decisiones a nivel del clúster de salud.

Amplificar el papel de las comunidades en la prestación de servicios de salud materna y neonatal, reconociendo que ambos son servicios de emergencia inmediatos y de larga duración en los escenarios humanitarios.

Asociarse con el sector privado para motivar la responsabilidad y la equidad

El sector privado es un socio importante en la respuesta humanitaria donde las intervenciones son debidamente supervisadas y reguladas de acuerdo con altos estándares de adquisición. Los incentivos perversos que llevan a intervenciones inapropiadas, tales como índices altos de cesáreas, deben supervisarse y limitarse activamente. Debe haber mecanismos de responsabilidad establecidos para los proveedores del sector privado para la atención médica materna y neonatal y, al mismo tiempo, evitar conflictos de intereses, como lo recomienda el panel de responsabilidad independiente de *Todas las Mujeres, Todos los Niños*.

Invertir en capacitación y en supervisión comprensiva a los trabajadores de la salud

Debe establecerse una capacitación, apoyo y recursos adecuados para los trabajadores de la salud de atención directa al cliente, desde las parteras, enfermeras y trabajadores de salud comunitaria hasta médicos y especialistas en hospitales de remisión, incluido el personal de apoyo que da respuesta a emergencias para que todos hagan su trabajo eficazmente. A largo plazo, tales inversiones son vitales para el desarrollo de los sistemas de salud en anticipación al momento en el que se logre la estabilidad y los países afectados vuelvan a las tareas normales de proveed servicios de salud.

8 Explorar estrategias innovadoras y realizar investigaciones para apoyar la prestación de servicios en escenarios humanitarios

La evidencia obtenida de diversos asentamientos ha identificado intervenciones eficaces para recién nacidos que reducen la mortalidad durante el continuo de cuidado. Sin embargo, existe información limitada acerca de la implementación de estas intervenciones en los contextos humanitarios. Utilizando la metodología desarrollada por la Iniciativa de Investigación en Salud y Nutrición Infantiles, se ha empleado una agenda de investigación para generar cuestionamientos de prioridad para mejorar la supervivencia de los recién nacidos en escenarios humanitarios*(54)*. Se necesitan más investigaciones sobre la implementación para entender los modelos de cuidado más adecuados para los contextos con una capacidad limitada en su sistema de salud, incluyendo las implicaciones de costos. La innovación, con apoyo de asociaciones mundiales, puede proporcionar oportunidades novedosas para llegar a poblaciones con accesibilidad limitada y crear capacidad en las instituciones locales.

Difundir evidencia científica para impulsar la adopción de las intervenciones a recién nacidos

A nivel mundial, los descubrimientos de los estudios que resaltan las intervenciones basadas en evidencias para el recién nacido deben compartirse ampliamente usando la Red del Recién Nacido Saludable y otras plataformas relevantes. Los socios ejecutores y las agencias de la ONU deberán ser responsables de informar oportunamente de los descubrimientos a quienes crean las políticas en los escenarios frágiles y de ayuda humanitaria para asegurar la pronta adopción y ampliación de las intervenciones basadas en evidencias de una forma sensible y contextualizada.

Invertir en la investigación de implementación para conformar la realización de intervenciones basadas en evidencias en diversos contextos

Las intervenciones basadas en evidencias puestas a prueba en asentamientos con recursos limitados pueden ser altamente aplicables a los escenarios humanitarios. Esto incluye el cuidado comunitario del recién nacido, clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical (si la mortalidad neonatal es mayor a 30 muertes por cada 1,000 nacidos vivos),*(55-58)*, regímenes simplificados de antibiótico a nivel comunitario cuando la remisión no es posible,*(59,32)*, el MMC*(60-62)*, y otros. Se necesitan estudios de implementación para comprender los factores que influyen en el éxito o fracaso de las intervenciones basadas en evidencias cuando estas se trasladan a la práctica en los escenarios humanitarios.

Explorar marcos de capacitación para compartir tareas

Las situaciones humanitarias con frecuencia están relacionadas con una fuerte escasez de recursos humanos, lo cual significa que el movimiento de tareas se vuelve inevitable. Los marcos legales a menudo impiden el reparto de tareas, lo cual no siempre es apropiado. Los planes de preparación para emergencias deben considerar la capacidad de desarrollo para permitir la expansión de los puestos de los trabajadores de salud para asegurar una cobertura adecuada de las intervenciones esenciales durante una crisis. Las asociaciones con parteras comunitarias a través de capacitación y estrategias de movimiento de tareas que incluyan una supervisión apropiada pueden incrementar el acceso al cuidado cuando los servicios en los centros médicos sean interrumpidos.

Evaluar el uso de nuevas tecnologías en escenarios humanitarios

Varias nuevas tecnologías adaptadas a los asentamientos de escasos recursos son relevantes para ciertos escenarios humanitarios (por ejemplo, el sistema de presión positiva de vías respiratorias con generador de burbujas, medidores de oxígeno con flujo bajo, resucitadores verticales, termómetros con código de color, reguladores de goteo IV, pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia, fototerapia con diodos emisores de luz, incubadoras de bajo costo y mecanismos de suministro de oxígeno). Sin embargo, las intervenciones que aumentan la complejidad del cuidado pueden tener consecuencias involuntarias en las prioridades en competencia y la calidad de la atención médica básica, como el cuidado esencial del recién nacido o la prevención y control de infecciones *(63)*. Es posible que la base de evidencias para las tecnologías existentes no siempre se aplique a las adaptaciones de bajo costo; por lo tanto, la introducción de nueva tecnología debe considerar cuidadosamente el contexto, incluyendo los recursos humanos existentes, los estándares de PCI, la sostenibilidad y si las tecnologías adaptadas ofrecen los beneficios esperados de la intervención original. Los procedimientos deben evaluar los equipos adaptados localmente para asegurar que logren el efecto deseado y no causen daños inesperados. Una investigación de la implementación puede evaluar los resultados, la rentabilidad y el impacto de las nuevas tecnologías en las prioridades en competencia en los escenarios de ayuda humanitaria.

Aprovechar los avances digitales para fortalecer la capacidad de los trabajadores de la salud

Las tecnologías digitales como m-Health, e-Health, la telemedicina y el monitoreo a distancia se están volviendo disponibles y tienen el potencial de mejorar la comunicación, la capacitación, la calidad del cuidado, el movimiento de tareas y la recolección de datos en ubicaciones de difícil acceso. La digitalización también puede dar acceso al apoyo en la toma de decisiones y el consejo de especialistas. Al planificar la implementación de la atención médica materna y neonatal, debe evaluarse la capacidad de la tecnología digital para aumentar la calidad, la capacidad, la competencia y reducir los costos.

9 Aumentar la visibilidad de los recién nacidos en escenarios humanitarios

La experiencia sugiere que la salud neonatal a menudo queda fuera de las prioridades durante una respuesta humanitaria y se le suele considerar como una actividad del 'sector de desarrollo' que se deja hasta la última etapa de la emergencia. La difusión de los altos índices estimados de mortalidad materna, neonatal y fetal, así como los vacíos y las prioridades en el cuidado del recién nacido es esencial para incitar a la atención (*véase Box 5*). En última instancia, se espera que esto conduzca a un mejor financiamiento del programa y una implementación e integración más amplia de los servicios para recién nacidos en las comunidades afectadas. Desde las primeras etapas, se debe involucrar a organizaciones de la sociedad civil, incluyendo a los actores de ayuda humanitaria, miembros de la comunidad y líderes del gobierno local, para que ayuden a definir las necesidades e identificar los recursos existentes para la salud del recién nacido. Este proceso participativo puede formalizar las contribuciones para el sistema de salud y promover actitudes de apoyo para prevenir la mortalidad neonatal y fetal.

DESTACADO

Trabajador humanitario en Iraq

Lo primero es tener un plan de defensa basado en evidencias para influenciar a los colegas nacionales y usarlo para planear y monitorear actividades. Insertamos indicadores relacionados con la salud del recién nacido en el sistema de información de la gestión de salud y usamos esta información, tanto en voz alta como en forma discreta en cada reunión.

ACCIONES

Elevar la salud del recién nacido en la agenda de planificación, priorización y coordinación de la respuesta humanitaria

Los actores de la salud humanitaria necesitan evaluar el alcance al cual la planificación de la respuesta humanitaria ha incluido las prioridades de la salud neonatal en las distintas fases de la emergencia. Esto debe incluirse durante la coordinación entre instituciones, en la representación de la salud neonatal a nivel del clúster de salud y asegurar que las directrices y procedimientos operativos estándar, así como los marcos de monitoreo y evaluación, aborden la salud materna y neonatal.

ACCIONES

Definir y comunicar niveles de alerta de la mortalidad neonatal y fetal en cada crisis

Existen umbrales de mortalidad en emergencias para la población en general y para los menores de cinco años, notablemente el índice de mortalidad bruta y el índice de mortalidad de menores de cinco años. Sin embargo, no hay definiciones específicas del umbral de emergencia o índices inaceptables de muerte neonatal, fetal y materna. Cada respuesta humanitaria debe considerar definir y comunicar los niveles de alerta de la mortalidad neonatal, así como las muertes fetales y maternas, con base en los niveles estimados nacionales o previos a una crisis.

ACCIONES

Asegurar que los indicadores maternos y del recién nacido sean centrales para la toma de decisiones a lo largo del nexo acción humanitaria-desarrollo

Los índices de mortalidad materna y neonatal son indicadores útiles de la fortaleza del sistema de salud y pueden usarse como indicadores importantes del nivel de asistencia requerido. Estos datos deben considerarse junto a los índices de mortalidad en bruto y de los menores de cinco años, y deben factorizarse en los procesos de toma de decisiones relacionados con la ayuda humanitaria y el apoyo continuo del sistema de salud.

Apoyar actitudes positivas hacia la supervivencia del recién nacido en emergencias

Como se documenta a lo largo de este informe, la mayoría de las muertes neonatales pueden prevenirse con intervenciones de salvamento rentables, aún en circunstancias difíciles. La experiencia de campo sugiere fuertemente que a menudo hay una conciencia limitada acerca de la posibilidad de prevenir las muertes neonatales y una confianza excesiva en el cuidado altamente medicalizado, mientras el cuidado esencial del recién nacido se pasa por alto y no se valora. En la comunidad, las campañas de comunicación sobre el cuidado de salvamento del recién nacido puede mejorar las percepciones y normas sociales acerca de la supervivencia del recién nacido e inspirar un cambio de comportamiento.

Asociación, participación y financiamiento

Para implementar la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030* de manera efectiva y lograr las MDS, la comunidad global debe continuar con la defensa, innovación, expansión y coordinación, e impulsar una agenda progresiva con la intención de asegurar una atención médica de alta calidad para las poblaciones más vulnerables, todas las madres y recién nacidos, en estos ambientes especialmente desafiantes. Se necesitan nuevas fuentes de financiamiento y mecanismos de financiamiento innovadores para apoyar la fase grave de una emergencia, además de una planificación de varios años en situaciones prolongadas. El papel de los gobiernos nacionales debe ampliarse para asegurar la sostenibilidad en la asignación de recursos financieros para el cuidado materno y neonatal en el contexto del nexo de acción humanitaria-desarrollo. Las personas que toman decisiones necesitan comprometerse con la acción colectiva para abordar la supervivencia del recién nacido en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria.

El flujo de trabajo existente sobre salud neonatal en escenarios humanitarios dentro del ENAP debe expandirse para incluir a actores de ayuda humanitaria como ACNUR, Save the Children, el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Crisis, el Clúster Global de Salud y otros cuerpos relevantes que tienen el poder de supervisar el progreso y hacer responsables a los socios. Este flujo de trabajo debe coordinar los esfuerzos relacionados con proveer orientación, movilizar recursos, medir el progreso, crear defensa y conciencia, conectar con iniciativas clave y asistencia técnica.

Creadores de políticas mundiales

- Fortalecer la orientación política al integrar los servicios de salud materna y neonatal en los planes nacionales y regionales de preparación y respuesta a emergencias y los planes de recuperación.
- Integrar indicadores de salud neonatal en los marcos de monitoreo y evaluación de necesidades coordinadas inter-sector.
- Fortalecer la orientación para abordar las necesidades de las mujeres embarazadas y los recién nacidos en las actividades de vigilancia, prevención y respuesta en epidemias de enfermedades contagiosas
- Involucrar a asociaciones privadas y profesionales para innovar e implementar tecnología de atención médica y recursos de capacitación en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria.
- Fortalecer la orientación para abordar las necesidades de las mujeres embarazadas y los recién nacidos en las actividades de vigilancia, prevención y respuesta durante las epidemias de enfermedades contagiosas.
- Involucrar a asociaciones privadas y profesionales para innovar e implementar tecnología de atención médica y recursos de capacitación en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria.

Organizaciones ejecutoras

- Implementar intervenciones prioritarias para la salud del recién nacido, de acuerdo con las guías mundiales, desde el comienzo de las emergencias humanitarias.
- Desarrollar la capacidad de los proveedores de atención médica a través de capacitación, tutorías o enfoques similares para mejorar el desempeño para asegurar que tengan las competencias en las siete funciones señales de la atención obstétrica básica esencial de emergencia para el recién nacido y el cuidado de recién nacidos pequeños y enfermos, respaldado por una atención materna respetuosa.
- Pre-asignar suministros para asegurar que los productos de salvamento estén disponibles desde el comienzo de las emergencias humanitarias.
- Desafiar las normas organizacionales para fortalecer la colaboración entre la salud materna y del recién nacido y otros sectores prioritarios y entre los actores humanitarios y de desarrollo.
- Participar en colaboraciones respetuosas con las comunidades para promover los servicios y los comportamientos de salud del recién nacido.
- Hacer equipo con instituciones académicas para fortalecer la base de evidencias de intervenciones eficaces, incluyendo las estrategias comunitarias, para la salud del recién nacido en escenarios humanitarios.
- Recolectar datos y elaborar informes sobre la implementación de campo de las intervenciones de atención médica materna y neonatal.
- Hacer equipo con instituciones académicas para crear evidencias de estrategias comunitarias eficaces para la salud del recién nacido en escenarios humanitarios.

Donantes

- Motivar y financiar colaboraciones que busquen apoyar y mejorar la díada madre-recién nacido y los esfuerzos locales de prestación de servicios durante emergencias.
- Requerir informes sobre los indicadores esenciales de salud del recién nacido al financiar actividades de salud desde el comienzo de una emergencia.
- Apoyar las actividades de investigación que crean la base de evidencias de las intervenciones eficaces de salud del recién nacido en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria.
- Expandir el financiamiento flexible por varios años para apoyar la salud del recién nacido a lo largo del nexo de acción humanitaria-desarrollo y contribuir a los mecanismos de financiamiento rápido de emergencias humanitarias.

MONITOREO DEL PROGRESO

Metas parciales globales

Año	Puntos de referencia globales
2020	▪ Se establece una persona focal o secretaría global para supervisar y monitorear la implementación de la estrategia. ▪ Existencia de un mecanismo de convocatoria para la salud del recién nacido en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria. ▪ Esta Guía está respaldada por el grupo asesor estratégico del Clúster Global de Salud. ▪ El Plan de trabajo para la salud neonatal en acciones humanitarias es preliminar. ▪ Se integran las acciones clave de la estrategia en los planes de acción de otros sectores prioritarios. ▪ Los objetivos globales para dar seguimiento a la salud del recién nacido se perfeccionan según sea necesario para reflejar que los escenarios humanitarios y los objetivos son respaldados por los líderes globales
2021	▪ La mortalidad neonatal se desglosa al informar los índices de mortalidad infantil en todos los informes de ayuda humanitaria ▪ Los atractivos del financiamiento de salud incluyen indicadores e intervenciones esenciales del recién nacido desde el comienzo de una emergencia ▪ Las evaluaciones de necesidades conjuntas abordan los vacíos en la salud neonatal ▪ Las instituciones de salud humanitaria designan a una persona focal para la salud neonatal
2022	▪ Las listas de medicamentos esenciales y los kits de suministros incluyen los suministros recomendados para los recién nacidos de los *Kits de suministros para el cuidado del recién nacido en escenarios humanitarios* ▪ Las políticas del recién nacido están integradas en los planes de preparación ▪ Las organizaciones de salud humanitaria desarrollan políticas y directrices sobre las auditorías de muerte perinatal ▪ Los protocolos de capacitación para organizaciones humanitarias de salud a nivel comunidad y centro incluyen el cuidado del recién nacido. ▪ El costo del Plan de trabajo para la salud del recién nacido en escenarios humanitarios se calcula con un mecanismo de financiamiento identificado para los próximos cinco años.
2023	▪ Organizaciones de salud humanitarias adoptan y capacitan a grupos comunitarios en el cuidado del recién nacido ▪ Los planes de acción Todos los Recién Nacidos son desarrollados para países con escenarios frágiles y de ayuda humanitaria ▪ Al menos 55 países adoptaron un conjunto mínimo de indicadores de salud neonatal en escenarios humanitarios
2024	▪ Se redujeron los índices de mortalidad neonatal y fetal en 10 escenarios humanitarios ▪ Quince estudios de investigación realizados (o en curso) sobre cuestiones prioritarias en la atención materna, neonatal o fetal en escenarios humanitarios entre 2020 y 2024

Conjunto mínimo de indicadores de la salud de la madre y el recién nacido en escenarios humanitarios

Tipo de indicador (definición)	Tipo de indicador (esencial/extendido)	Ajustes (agudo/prolongado)	Tipo de informe (basado en el centro de operaciones/población)
Impacto			
Mortalidad neonatal: Cantidad de muertes en los primeros 28 días de vida por cada 1000 nacidos vivos, desglosados en neonatales tempranas (menos de 7 días después del nacimiento) y neonatales tardías (8 a 28 días después del nacimiento)	Esencial	Agudo, prolongado	Basado en el centro de operaciones/población
Causa de muerte por edad (días): Cantidad de muertes neonatales por edad y causa de fallecimiento (prematuro, durante el parto, infección, padecimiento congénito u otra)	Esencial	Agudo, prolongado	Centro
Muerte fetal: Cantidad de fetos y recién nacidos con más de 28 semanas de gestación o de ≥ 1000 g de peso que no muestran señales de vida por cada 1000 nacidos vivos, desglosados entre los fallecidos durante la labor de parto o tiempo atrás	Esencial	Agudo, prolongado	Basado en el centro de operaciones/población
Mortalidad materna: Cantidad de muertes maternas / 100 000 nacidos vivos	Esencial	Agudo, prolongado	Basado en el centro de operaciones/población
Cobertura/Resultado			
Revisiones de muertes perinatales: Cantidad de revisiones de muertes perinatales	Extendido	Prolongado	Centro
Morbilidades neonatales identificadas durante el cuidado post-natal: # de recién nacidos con cualquier condición de salud atribuida al embarazo y el parto, o empeorada por estos, identificada durante el cuidado post-natal	Extendido	Prolongado	Basado en el centro de operaciones/población
Bajo peso al nacer: Cantidad de neonatos nacidos vivos con un peso inferior a 2500 g al nacer	Esencial	Agudo, prolongado	Basado en el centro de operaciones/población
Bebés pesados al nacer: Cantidad de bebés pesados al nacer	Extendido	Prolongado	Centro
MMC en los centros: Cantidad de centros de salud que proporcionan MMC	Esencial	Prolongado	Centro
Disponibilidad de instalaciones para BEmOC Cantidad de instalaciones con servicios de parto disponibles para atender las 7 funciones señales de BEmOC	Esencial	Agudo, prolongado	Centro
Disponibilidad de instalaciones para CEmOC Cantidad de instalaciones con servicios de parto disponibles para atender las 9 funciones señales de BEmOC	Esencial	Agudo, prolongado	Centro
Cobertura de atención a recién nacidos pequeños y enfermos: Cantidad de recién nacidos pequeños y enfermos que recibieron atención (MMC, cuidado de internos, NICU)	Esencial	Agudo, prolongado	Centro
Resucitación neonatal en centros médicos: Cantidad de centros de salud con servicios de parto que pueden ofrecer reanimación neonatal	Esencial	Prolongado	Centro
Admisión de recién nacidos a la atención en hospital: Cantidad de recién nacidos admitidos a MMC o NICU	Esencial	Agudo, prolongado	Centro
Cobertura de tratamiento de posibles infecciones bacterianas graves (PSBI): Cantidad de recién nacidos con PSBI que reciben tratamiento	Extendido	Prolongado	Centro
Cobertura de la vacuna de hepatitis B al nacer: Cantidad de recién nacidos que recibieron la vacuna de hepatitis B al nacer	Extendido	Prolongado	Centro
Cobertura de lactancia materna desde el principio: Cantidad de recién nacidos alimentados con leche materna dentro de la primera hora de nacimiento o antes del alta	Extendido	Prolongado	Centro
Cobertura de atención post-natal: Cantidad de recién nacidos que tuvieron una consulta médica post-natal dentro de los 2 días siguientes a su nacimiento	Esencial	Agudo, prolongado	Centro
Registro de nacimientos: Cantidades de niños registrados o que tienen un acta de nacimiento	Extendido	Prolongado	Centro

PLAN DE ACCIÓN, PRIMER AÑO

Durante la reunión mundial de expertos en febrero de 2019, las partes interesadas se reunieron y acordaron estas prioridades clave para el año siguiente. El plan de acción seguirá actualizándose anualmente.

Actividades

Lanzamiento de la estrategia en los próximos eventos de alto nivel

TAREAS

- Publicaciones impresas sobre el proceso de la estrategia para los recién nacidos
- Difundir los documentos de defensa de MNH sobre recién nacidos
- Lanzamiento de la declaración
- Desarrollar infografías y la estrategia de redes sociales

Identificación de puntos de entrada en sectores

TAREAS

- Desarrollar una hoja de puntos de entrada a usar durante los mensajes en las reuniones inter-clúster
- Promover la inclusión de la atención materna y del recién nacido en las evaluaciones de necesidades conjuntas y los indicadores

Identificación de prioridades de inversión durante la pre-crisis y en la fase de recuperación

TAREAS

- Mejorar los mensajes sobre prioridades de inversión para las actividades de MNH durante la pre-crisis y en la recuperación
- Integrar las prioridades de MNH en los planes de contingencia y en las políticas nacionales
- Explorar mecanismos alternos de financiamiento

Mejoría de la medición de la mortalidad y la recolección y uso de datos

TAREAS

- Desglosar los datos de mortalidad neonatal en los informes de mortalidad infantil
- Contar las muertes fetales en los sistemas de información de salud
- Armonizar los indicadores y las herramientas de recolección de datos
- Medir la implementación de programas más amplios

Actividades

Avance del cuidado comunitario del recién nacido

TAREAS

- Utilizar y enfocar ampliamente las intervenciones comunitarias en el apoyo al cuidado esencial del recién nacido
- Identificar y supervisar los roles de repartición de tareas de los trabajadores de la salud comunitarios y parteras tradicionales

Priorización de atención del recién nacido en centros de salud

TAREAS

- Desarrollar las habilidades técnicas internas requeridas para la atención médica materna y del recién nacido en las organizaciones ejecutoras
- Identificar pronto las vías de remisión para los niveles de atención y apoyar la cadena de remisión, incluso la de las comunidades de acogida.
- Medir la calidad de la atención en los centros de salud
- Utilice el contacto con la madre para remitirla a otros servicios, como nutrición y apoyo de salud mental

Usar tecnología y enfoques innovadores

TAREAS

- Capacitar a las parteras en el uso de ultrasonido portátil conectado vía remota a un radiólogo para que revise las imágenes
- Organizar grupos de redes sociales de proveedores de atención médica para compartir las lecciones aprendidas
- Producir materiales impresos y estimuladores de recién nacidos de bajo costo para ayudar a los bebés a respirar en escenarios frágiles y de ayuda humanitaria
- Difundir la aplicación de parto seguro para capacitar a asistentes de parto sobre seguridad en el parto y cuidado de bebés pequeños

Mejorar la coordinación entre los actores humanitarios y los de desarrollo

TAREAS

- Empoderar a un punto focal mundial o secretaría acerca de la atención al recién nacido en escenarios humanitarios para que coordine la estrategia de ejecución junto con los socios y las iniciativas
- Influir en las plataformas existentes para ampliar la cartera de salud del recién nacido en escenarios humanitarios dentro del clúster de salud y en el ENAP
- Identificar puntos focales a nivel país dentro del clúster de salud para que trabajen junto con la persona focal de cuidado del recién nacido en los ministerios y secretarías de salud
- Trabajar con los ministerios y secretarías de salud para desarrollar planes de preparación que incluyan el cuidado del recién nacido, incluso a través del ENAP
- Use las evaluaciones anuales del ENAP para medir el nivel de planificación de la preparación a nivel país
- Apoyar la planificación de recursos humanos para la salud, incluyendo programas de capacitación

Referencias

1. Womens UN Report Network. Reaching Out to Women When Disaster Strikes (Alcance a mujeres en caso de desastre). Soroptimist: Filadelfia, 2011. (https://wunrn.com/2011/03/soroptimist-reaching-out-to-women-when-disaster-strikes/, visitado el 16 de marzo de 2020).

2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Humanitarian Action 2019 Overview (Descripción general de la acción humanitaria 2019); 2019. FNUAP: Nueva York, 2019. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_HumanitAction_2019_PDF_Online_Version_16_Jan_2019.pdf, visitado el 16 de marzo de 2020).

3. Salud materna y perinatal. Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/, visitado el 16 de marzo de 2020).

4. Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas (ONU IGME). Levels & trends in child mortality: Report 2019, (Niveles y tendencias en la mortalidad infantil, Informe 2019) Cálculos desarrollados por el Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Nueva York, 2019. (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2019/en/, visitado el 16 de marzo de 2020).

5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). The State of the World's Children (El estado mundial de la infancia). UNICEF: Nueva York 2014. (https://www.unicef.org/publications/files/SOWC2014_In_Numbers_28_Jan.pdf, visitado el 16 de marzo de 2020).

6. Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Crisis. Surviving day one: Caring for mothers and newborns in humanitarian emergencies on the day of childbirth. (Sobrevivir el primer día: la atención a madres y recién nacidos en emergencias humanitarias en el día del nacimiento). IAWG: Nueva York, 2019. (http://iawg.net/resource/surviving-day-one-caring-mothers-newborns-humanitarian-emergencies-day-childbirth/, visitado el 16 de marzo de 2020).

7. Wise PH et al. Confrontar los partos de fetos muertos y las muertes de recién nacidos en áreas de conflicto e inestabilidad política: un imperativo global abandonado. Paediatr Int Child Heal, 2015, doi:10.1179/2046905515Y.0000000027

8. Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). Global Humanitarian Overview 2019. OCHA: Ginebra, 2018. (https://www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space/document/global-humanitarian-overview-2019, visitado el 16 de marzo de 2020).

9. Foster AM et al. The 2018 Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: revising the global standards (Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios 2018: revisión de los estándares globales). Reprod Health Matters, 2017, doi:10.1080/09688080.2017.1403277

10. Victora CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect (Lactancia en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efecto de por vida); Lancet, 2016, doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7

11. Rollins NC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? (¿Por qué invertir y qué se requiere para mejorar las prácticas de lactancia?) Lancet, 2016, doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2

12. Prudhon C et al. Informing infant and young child feeding programming in humanitarian emergencies: An evidence map of reviews including low and middle income countries. (Informando a los programas de alimentación de lactantes y niños pequeños en emergencias humanitarias: Un mapa de evidencias de revisiones en países de ingresos medios y bajos) Matern Child Nutr, 2018, doi:10.1111/mcn.12457

13. Shaker-Berbari L et al. Alimentación de bebés y niños pequeños en emergencias: Organisational policies and activities during the refugee crisis in Lebanon (Políticas y actividades organizacionales durante la crisis de refugiados en Líbano). Matern Child Nutr, 2018, doi:10.1111/mcn.12576

14. Debes AK et al. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review (Tiempo de inicio de la lactancia y la mortalidad y morbilidad neonatal: una revisión sistemática). BMC Public Health, 2013, doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S19

15. Yotebieng M et al. Ten Steps to Successful Breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: a cluster-randomised controlled trial (Diez pasos para un programa de lactancia exitoso para promover el inicio temprano y lactancia exclusiva en la Rep. Democrática del Congo: un ensayo controlado aleatorizado por clúster). Lancet Glob Heal, 2015, doi:10.1016/S2214-109X(15)00012-1

16. Ayoya MA et al. Protecting and improving breastfeeding practices during a major emergency: lessons learnt from the baby tents in Haiti (Protección y mejoría de las prácticas de lactancia durante una emergencia mayor: lecciones aprendidas de los bebés de las tiendas de campaña en Haití). Bull World Health Organ, 2013, doi:10.2471/BLT.12.113936

17. OMS, UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes (Motivos médicos aceptables para el uso de sustitutos de la leche materna). OMS: Ginebra, 2009. (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/, visitado el 16 de marzo de 2020)

18. IFE Core Group. Alimentación de bebés y niños pequeños en emergencias: Operational guidance for emergency relief staff and program managers (Guía operativa para el personal de ayuda de emergencia y gerentes de programas) (Versión 3.0). UNICEF: Nueva York, 2017. (https://www.ennonline.net/attachments/2673/Ops-G_2017_WEB.pdf, visitado el 16 de marzo de 2020)

19. OMS. Network for global monitoring and support for implementation of the international code of marketing of breast-milk substitutes and subsequent relevant World Health Assembly Resolutions (Red para el monitoreo mundial y apoyo a la implementación del código internacional de comercialización de sustitutos de leche materna y resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud) (NetCode). (https://www.who.int/nutrition/netcode/en/, visitado el 16 de mayo de 2020)

20. UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services (Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en instalaciones de servicios para madres y recién nacidos). OMS: Ginebra, 2017. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1, visitado el 16 de marzo de 2020)

21. Bhutta ZA et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? (¿Pueden las intervenciones disponibles acabar con las muertes prevenibles de madres, recién nacidos y fetos nacidos muertos y a qué costo?) Lancet, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3

22. OMS. WHO Recommendations on Newborn Health (Recomendaciones de la OMS sobre la salud de los recién nacidos): OMS: Ginebra, 2017. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf, visitado el 16 de marzo de 2020)

23. OMS. Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030–2030 (Estrategia técnica mundial para la malaria 2016–2030 de la OMS). OMS: Ginebra, 2017. (https://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/en/, visitado el 16 de marzo de 2020)

24. OMS. Global health sector on sexually transmitted infections (El sector salud mundial en las enfermedades de transmisión sexual), 2016-2021. OMS: Ginebra, 2016. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?sequence=1, visitado el 16 de marzo de 2020)

25. OMS. Global Health Sector Strategy on HIV 2016-2021. OMS: Ginebra, 2016. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?sequence=1, visitado el 16 de marzo de 2020)

26. OMS. Maternal and neonatal tetanus elimination (Eliminación del tétanos materno y neonatal, MNTE). OMS: Ginebra, 2018. (https://www.who.int/immunization/diseases/MNTE_initiative/en/index4.html, visitado el 16 de marzo de 2020)

27. IAWG. La salud del recién nacido en escenarios humanitarios: Manual de trabajo (edición corregida). Save the Children: Washington, DC, 2018. (https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newborn-health-humanitarian-settings-field-guide/, visitado el 16 de marzo de 2020)

28. Sacks E et al. Respectful maternal and newborn care: building a common agenda (Atención médica materno-infantil respetuosa: creando una agenda en común). Salud reproductiva, 2015, doi:10.1186/s12978-015-0042-7

29. Shah S et al. Unregulated usage of labour-inducing medication in a region of Pakistan with poor drug regulatory control: characteristics and risk patterns (Uso no regulado de medicamentos de inducción del parto en una región de Paquistán con un control normativo de medicamentos deficiente: características y patrones de riesgo). Int Health, 2016, doi:10.1093/inthealth/ihv051

30. Every Preemie. Método SCALE de Every Preemie: No dañar los informes técnicos. USAID: Washington, DCA, 2017. (https://www.everypreemie.org/donoharmbriefs/, visitado el 16 de marzo de 2020)

31. OMS. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities (Estándares para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en centros de salud). OMS: Ginebra, 2016. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1, visitado el 16 de marzo de 2020)

32. OMS. Managing possible serious bacterial infection in young infants when referral is not feasible (Gestión de posibles infecciones bacterianas graves en niños pequeños cuando la remisión no es viable). OMS: Ginebra, 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181426/9789241509268_eng.pdf?sequence=1, visitado el 16 de marzo de 2020)

33. OMS. Oxygen therapy for children: a manual for health workers (Oxigenoterapia para niños: manual para trabajadores de la salud). OMS: Ginebra, 2016. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204584/9789241549554_eng.pdf?sequence=1, visitado el 16 de marzo de 2020)

34. Zaidi AK et al. Hospital-acquired neonatal infections in developing countries (Infecciones neonatales adquiridas en nosocomios en los países en desarrollo). Lancet, 2005, doi:10.1016/S0140-6736(05)71881-X

35. Lenglet A et al. Nosocomial Outbreak of Clinical Sepsis in a Neonatal Care Unit (NCU) in Port-Au-Prince Haiti, (Brote nosocomial de sepsis clínica en una unidad de cuidado neonatal en Puerto Príncipe, Haití). Julio de 2014 - Septiembre de 2015. PLoS Curr, 2018, doi:10.1371/currents.outbreaks.58723332ec0de952adefd9a9b6905932

36. Abbara A et al. Antimicrobial resistance in the context of the Syrian conflict: Drivers before and after the onset of conflict and key recommendations (Resistencia antimicrobiana en el contexto del conflicto sirio: conductores antes y después del inicio del conflicto y recomendaciones clave). Int J Infect Dis, 2018, doi:10.1016/j.ijid.2018.05.008

37. Ronat J-B et al. Highly drug-resistant pathogens implicated in burn-associated bacteremia in an Iraqi burn care unit (Patógenos altamente resistentes a los fármacos implicados en la bacteremia asociada a quemaduras en una unidad de cuidados para quemados iraquí). PLoS One, 2014, doi:10.1371/journal.pone.0101017

38. Murphy RA et al. Prevention of common healthcare-associated infections in humanitarian hospitals (Prevención de infecciones comunes asociadas a la atención médica en hospitales humanitarios). Curr Opin Infect Dis, 2016, doi:10.1097/qco.0000000000000285

39. Talley LE et al. Challenges to the programmatic implementation of ready to use infant formula in the post-earthquake response, Haiti, 2010: a program review (Desafíos a la implementación programática de fórmula para bebés lista para usarse en la respuesta posterior al sismo de 2010 en Haití: una revisión del programa). PLoS One, 2013, doi:10.1371/journal.pone.0084043

40. Woerther P-L et al. Massive Increase, Spread, and Exchange of Extended Spectrum β-Lactamase–Encoding Genes Among Intestinal Enterobacteriaceae in Hospitalized Children With Severe Acute Malnutrition in Niger (Aumento, diseminación e intercambio masivo de genes codificadores de beta-lactamasas de amplio espectro entre enterobacterias intestinales en niños hospitalizados con desnutrición aguda severa en Níger). Clin Infect Dis, 2011, doi:10.1093/cid/cir522

41. Berckmans P et al. Inappropriate drug-donation practices in Bosnia and Herzegovina, 1992 to 1996 (Prácticas indebidas en la donación de fármacos en Bosnia y Herzegovina de 1992 a 1996). N Engl J Med, 1997, doi:10.1056/nejm199712183372512

42. Cañigueral-Vila N et al. Improvements for international medicine donations: a review of the World Health Organization Guidelines for Medicine Donations (Mejoras en las donaciones internacionales de medicamentos: una revisión de las Directrices de la Organización Mundial de la Salud para las donaciones médicas), 3.a edición. J Pharm policy Pract, 2015, doi:10.1186/s40545-015-0045-3

43. OMS. Gobal Action Plan on Antimicrobial Resistance (Plan de acción global para la resistencia antimicrobiana). OMS: Ginebra, 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789241509268_eng.pdf?sequence=1, visitado el 16 de marzo de 2020)

44. Checchi F et al. Public health information in crisis-affected populations: a review of methods and their use for advocacy and action (Información sobre salud pública en poblaciones afectadas por crisis: una revisión de los métodos y su uso para la defensa y acción). Lancet, 2017, doi:10.1016/S0140-6736(17)30702-X

45. Checchi F et al. Documenting mortality in crises: what keeps us from doing better (Documentación de la mortalidad en las crisis; qué nos impide hacerlo mejor). PLoS Med, 2008, doi:10.1371/journal.pmed.0050146

46. Koblinsky M. Maternal Death Surveillance and Response: A Tall Order for Effectiveness in Resource-Poor Settings (Vigilancia y respuesta a las muertes maternas: una alta orden de eficacia en asentamientos de escasos recursos). Glob Heal Sci Pract, 2017, doi:10.9745/GHSP-D-17-00308

47. Kozuki N et al. The resilience of integrated community case management in acute emergency: a case study from Unity State, South Sudan (La resiliencia de la gestión de casos en una comunidad integrada en emergencia aguda: un estudio de caso del estado de Unidad, Sudán del Sur). J Glob Health, 2018, doi:10.7189/jogh.08.020602

48. Edmond KM et al. Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study (¿Pueden las visitas al hogar de un trabajador de la salud comunitario mejorar la búsqueda de atención médica y las prácticas de cuidado materno-infantil en estados frágiles como Afganistán? Un estudio de intervención basado en la población). BMC Med, 2018, doi:10.1186/s12916-018-1092-9

49. Prudhon C et al. Research priorities for improving infant and young child feeding in humanitarian emergencies (Prioridades de investigación para mejorar la alimentación de lactantes y niños pequeños en emergencias humanitarias). BMC Nutr, 2016, doi:10.1186/s40795-016-0066-6

50. Devakumar D et al. The intergenerational effects of war on the health of children (Los efectos intergeneracionales de la guerra en la salud de los niños). BMC Med, 2014, doi:10.1186/1741-7015-12-57

51. OMS. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. (Cuidado protector para el desarrollo en la primera infancia: un marco para ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano). OMS: Ginebra, 2018. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf, visitado el 16 de marzo de 2020)

52. Grupo Temático Mundial de Protección de la Infancia. Normas mínimas de protección de la infancia en escenarios humanitarios. UNICEF: Nueva York, 2012. (https://www.unicef.org/iran/Minimum_standards_for_child_protection_in_humanitarian_action.pdf, visitado el 16 de marzo de 2020)

53. Checchi F et al. Interpreting and Using Mortality Data in Humanitarian Emergencies: A Primer for non-epidemiologists (Interpretación y uso de los datos de mortalidad en emergencias humanitarias: un manual básico para quienes no son epidemiólogos). Red de Práctica Humanitaria: Londres, 2005. (https://www.ennonline.net/attachments/886/networkpaper052.pdf, visitado el 16 de marzo de 2020)

54. Morof DF et al. Neonatal survival in complex humanitarian emergencies: setting an evidence-based research agenda (Supervivencia neonatal en emergencias humanitarias complejas: estableciendo una agenda de investigación basada en evidencias). Confl Health, 2014, doi:10.1186/1752-1505-8-8

55. Soofi S et al. Topical application of chlorhexidine to neonatal umbilical cords for prevention of omphalitis and neonatal mortality in a rural district of Pakistan: A community-based, cluster-randomised trial (Aplicación tópica de clorhexidina al cordón umbilical de neonatos para prevenir .la onfalitis y mortalidad neonatal en un distrito rural de Paquistán: un ensayo comunitario aleatorizado por clúster). Lancet, 2012, doi:10.1016/S0140-6736(11)61877-1

56. Arifeen S El et al. The effect of cord cleansing with chlorhexidine on neonatal mortality in rural Bangladesh: A community-based, cluster-randomised trial (Aplicación tópica de clorhexidina al cordón umbilical de neonatos para prevenir .la onfalitis y mortalidad neonatal en un distrito rural de Paquistán: un ensayo comunitario aleatorizado por clúster). Lancet, 2012, doi:10.1016/S0140-6736(11)61848-5

57. Sinha A et al. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates (Cuidado de la piel o del cordón umbilical con clorhexidina para prevenir la mortalidad e infecciones en neonatos). Cochrane Database Syst Rev, 2015, doi:10.1002/14651858.CD007835.pub2

58. Sankar MJ et al. Umbilical cord cleansing with chlorhexidine in neonates: A systematic review (Limpieza del cordón umbilical con clorhexidina en neonatos: una revisión sistemática). J Perinatol, 2016, doi:10.1038/jp.2016.28

59. Lokangaka A et al. Simplified antibiotic regimens for treating neonates and young infants with severe infections in the Democratic Republic of Congo: A comparative efficacy trial (Regímenes de antibióticos simplificados para tratar neonatos y niños pequeños con infecciones graves en la República Democrática del Congo: un ensayo de eficacia comparativa). Matern Heal Neonatol Perinatol, 2018, doi:http://dx.doi.org/10.1186/s40748-018-0076-2

60. Lawn JE et al. Born Too Soon: Accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon (Nacidos muy pronto: acciones aceleradoras para prevenir a cuidar a 15 millones de recién nacidos prematuros). Salud reproductiva, 2013, doi:10.1186/1742-4755-10/S1-015-0042-7

61. Lawn JE et al. Born Too Soon: Care for the Preterm Baby (Nacidos muy pronto: el cuidado del bebé prematuro) Reprod Health, 2013,
doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S5

62. Lawn JE et al. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications (Método de la madre canguro para prevenir muertes neonatales por complicaciones de un parto prematuro). Int J Epidemiol, 2010, doi: 10.1093/ije/dyq031

63. Lissauer T et al. Nasal CPAP for neonatal respiratory support in low and middle-income countries (CPAP nasal para apoyo respiratorio neonatal en países de ingresos medios y bajos). Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2017, doi:10.1136/archdischild-2016-311653

Créditos de fotografía:

Portada © Sylvia Nabanoba / Save the Children

Portada interna © Robert McKechnie / Save the Children

Página 4 © UNICEF/NYHQ2007-2723/Noorani

Página 6 © Jonas Gratzer / Save the Children

Página 8 © David Wardell / Save the Children

Página 13 © Jonas Gratzer / Save the Children

Página 14 © Robert McKechnie / Save the Children Australia

Página 20 © Jordi Matas / Save the Children

Página 27 © Peter Caton / Save the Children

Página 28 © Christena Dowsett / Save the Children

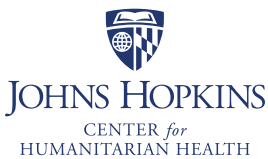
Página 32 © Allan Gichigi / Save the Children

Página 35 © Allan Gichigi / Save the Children

Página 36 © UNICEF/NYHQ2005-1876/DeCesare

Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

International Federation
of Red Cross and Red Crescent Societies



Publicado en Abril de 2020

Las siguientes instituciones también apoyaron el desarrollo de esta Guía:

- **Fundación Bill y Melinda Gates**
- **Comité Internacional de la Cruz Roja**
- **Médecins Sans Frontières**

© Save the Children